اضطرابات التواصل

التشخيص - الأسباب - العلاج

دكتورة
سهير محمد سلامة شاش
دكتوراه الفلسفة في التربية - تربية خاصة

الناشر
مكتبة زهراء الشرق



١١٦ شارع محمد فريد - القاهرة
تليفاكس: ٠٠٢٠٢/٢٣٩١٣٣٥٤

اضطرابات التواصل

التشخيص – الأسباب - العلاج

بطاقة فهرسة
فهرسة أثناء النشر إعداد الهيئة العامة لدار الكتب المصرية
إدارة الشئون الفنية

شاش ، سهير محمد سلامه
اضطرابات التواصل : التشخيص
الأسباب . العلاج / سهير محمد سلامه
شاش . - القاهرة : مكتبة زهراء
الشرق، ٢٠٠٧.
٢٩٨ ص ؛ ٢٤ سم
تدمك ٨ ٣١٩ ٣١٤ ٩٧٧
١- التفاعل الاجتماعي
أ - العنوان
٣٠١,١١

اسم الكتاب : اضطرابات التواصل [التشخيص - الأسباب - العلاج]
تأليف : الدكتورة / سهير محمد سلامه شاش
رقم الطبعة : الأولى
السنة : ٢٠٠٧
رقم الإيداع : ٢٠٩٧٩
الترقيم الدولي : I.S.B.N
977-314-319-8
اسم الناشر : زهراء الشرق
العنوان : ١١٦ شارع محمد فريد
البلد : جمهورية مصر العربية
المحافظة : القاهرة
التليفون : ٠٠٢٠٢٢٣٩١٣٨٥٩
فاكس : ٠٠٢٠٢٢٣٩١٣٣٥٤
المحمول : ٠٠٢٠١٢٣١٧٧٥١٠

اضطرابات التواصل

التشخيص - الأسباب - العلاج

دكتورة

سهير محمد سلامة شاش

دكتوراه الفلسفة في التربية - تربية خاصة



بسم الله الرحمن الرحيم

رب اشرح لي صدري ويسر لي أمري

واحلل عقدة من لساني يفقهوا قولي

من سورة طه: ٢٥ - ٢٨

فهرس المحتويات

تقديـم

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على النبي الأمين سيدنا محمد وعلى آله وأصحابه ومن اهتدى بهديه إلى يوم الدين. وبعد:

فيسعدني أن أقدم إلى المكتبة العربية كتاب: اضطرابات التواصل، الذي يتناول عملية التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى الإنسان. فالتواصل وسيلة للتفاعل والتعايش الاجتماعي وأساساً للمشاركة والعلاقات الاجتماعية الإنسانية والأغراض الحياتية أو المعيشية للفرد والجماعة.

وإذا كانت الحياة الاجتماعية ليست وقفاً على الإنسان، فإن هذا لا يمنع من القول بأن حياة الإنسان الاجتماعية بما لها من مطاوعة ومرونة شديدة وتعقد بالغ تعتبر وقف عليه، فهناك التواصل بين الحيوانات، وجماعات الطيور، والنمل، والنحل... فكلها تتمتع بالقدرة على التواصل.

ومع أن اللغة هي وسيلة للتفاهم والتواصل والتعبير عن العواطف والانفعالات والأفكار والرغبات فإن لغة التواصل أوسع من مجرد اللغة اللفظية، وتستخدم لفظة التواصل على نحو المجاز – فيقال: "لغة الحيوانات" و"لغة العيون"، و"لغة الزهور"، والصورة لغة، والحركات الجسمية لغة، والإشارات البصرية والسمعية لغة، والألحان والنغمات الموسيقية لغة.. إن كل أعضاء الحواس يمكن استخدامها في خلق لغة تواصل – وعلى ذلك فإن عملية التواصل لا تقتصر على الجانب اللفظي بل أن هناك التواصل غير اللفظي.

وكتاب اضطرابات التواصل – يتناول تشخيصها وأسبابها وعلاجها. ولا ندعي أن هذا الكتاب هو الأوحد في هذا المجال ولكنه يتميز بأنه يلقي الضوء على عملية التواصل الإنساني بما في ذلك أنماط التواصل اللفظي والتواصل غير اللفظي، وأشكال الاضطرابات التي يمكن أن تحدث في عملية التواصل بين الناس مما يعوق عملية التفاعل الاجتماعي.

والكتاب مكون من ثلاثة عشر فصلاً. الفصل الأول: مدخل إلى اضطرابات التواصل. عرض مفهوم التواصل ومكوناته وأشكاله واضطراباته. وتناول الفصل الثاني: اللغة واضطرابات التواصل اللفظي الذي يعرض تطور نمو اللغة في الطفولة، وجهاز اللغة والكلام، وتصنيف اضطرابات اللغة والكلام. والفصل الثالث يعرض تأخر الكلام. والفصل الرابع يعرض صعوبات اللغة الشفوية، وفي الفصل الخامس: اضطرابات

النطق، والفصل السادس يعرض اضطرابات الصوت، وفي الفصل السابع تم التعرض لاضطراب اللجلجة في الكلام، والفصل الثامن: الأفيزيا – احتباس الكلام، والفصل التاسع: اضطراب الخرس الاختياري أو الصمت القهري الموقفي. وفي جميع الفصول الخاصة باضطرابات اللغة والكلام تم وصف الملامح الإكلينيكية والصورة المرضية المرتبطة بالاضطراب، ومعدل انتشاره، وأسبابه، وتشخيصه، وأساليب التدخل العلاجي.

ولقد عرض الفصل العاشر: لاضطراب مهارات التواصل غير اللفظي فيتناول جوانب قصور مهارات التواصل الاجتماعي غير اللفظي، وأساليب التدريب على مهارات التواصل الاجتماعي غير اللفظية.

ولقد تناولت الفصول الثلاثة الأخيرة التواصل مع بعض فئات ذوي الاحتياجات الخاصة. حيث يتناول الفصل الحادي عشر الإعاقة العقلية واضطرابات التواصل، فيعرض مظاهر اضطرابات التواصل لدى المعاقين عقلياً، وفنيات تحسين مهارات التواصل لدى المعاقين عقلياً، وبعض برامج تحسين الأداء اللغوي والتواصل لدى المعاقين عقلياً. وفي الفصل الثاني عشر تم عرض الإعاقة السمعية والتواصل، فيتناول خصائص اللغة المرتبطة بالإعاقة السمعية، وأساليب التواصل مع ذوي الإعاقة السمعية. أما في الفصل الثالث عشر والأخير فإنه يتناول التوحد واضطرابات التواصل. فيعرض الخصائص والأعراض المرضية للأطفال التوحديين، وبرامج تنمية التواصل اللفظي وغير اللفظي للتوحديين.

ونرجو أن نكون في هذا العرض الموجز لمحتوى فصول الكتاب أن نكون قد أتحنا فرصة للقارئ ليتذوق طعم كل فصل بقراءة سريعة، لنترك له فرصة القراءة الموسعة المتعمقة لكل فصل على حدة.

ونسأل الله تعالى أن نكون قد تمكنا بتقديم هذا الكتاب إلى المكتبة العربية أن نساعد الباحثين وطلاب العلم والآباء والمعلمين والأخصائيين ليتمكنوا من التعرف على اضطراب التواصل الشائعة، وأن يتمكنوا بجهودهم العلمية والعملية من مساعدة الأفراد المصابين بهذه الاضطرابات لعلاج اضطراباتهم سعياً لتحقيق التواصل الاجتماعي الإيجابي.

والله ولي التوفيق،،،

المؤلفة

الفصل الأول

مدخل إلى اضطرابات التواصل

- مقدمة.
- مفهوم التواصل.
- مكونات عملية التواصل.
- أشكال التواصل:

أولاً: التواصل اللفظي.

ثانياً: التواصل غير اللفظي.

- اضطرابات التواصل:

١- اضطراب التواصل اللفظي (اضطرابات اللغة والكلام).

٢- اضطرابات التواصل غير اللفظي (نقص المهارات الاجتماعية).

الفصل الأول
مدخل إلى اضطرابات التواصل

مقدمــة:

شهد ميدان التواصل Communication طفرة في التقدم من حيث التنظير والبحث، حتى أصبح هناك أكثر من عشرين تخصصاً علمياً في بعض جوانب التواصل والتفاعل الإنساني، فالعلوم الاجتماعية تحتضن الاهتمامات الشاملة لدراسة التواصل البشري: فعلماء الأنثروبولوجيا يعرفون الثقافة على أنها تواصل، وأصحاب علم النفس الاجتماعي يحددون العلاقات بين نشاط الفرد والجماعة على أنها عملية اتصالية، وعلماء اللغة يصفون بحوثهم في بنيوية اللغة على أنها جانب من علم التواصل، ثم أن دراسات الفلسفة، والسيبرنطيقا، وعلم النفس، والاجتماع، والعلوم السياسية، وعلوم الإدارة، والتسويق، والاقتصاد، والإعلام... وغيرها كثير إنما تنصب دراساتهم على جوهر عملية التواصل – حتى علماء البيولوجيا ومهندسي الاتصالات وأصحاب نظرية المعلومات، ونظرية النظم تتركز أيضاً دراساتهم وبحوثهم حول التواصل البشري.. ومن الواضح إذن: أن ما يعرف بـ"علم التواصل الإنساني" ليس على الإطلاق بنظام علمي واحد (الرشيدي وآخرون: ٢٠٠٠).

ونظراً لتعقد المجتمعات المعاصرة فقد أصبح ميدان اللغة والتواصل من الأهمية بمكان في تحقيق التقدم في الآداب والعلوم والفنون: وأساس للنجاح المهني، وأضفت التكنولوجيا الحديثة معنى جديد للتواصل في ظل ثورة المعلومات وسرعة تدفقها وتبادلها، واتساع وسائل نقلها وتخزينها واسترجاعها بمساعدة الحاسب الآلي وشبكات المعلومات المحلية والعالمية، وأصبحت هناك برامج تعليمية للتواصل مع ذوي الإعاقات السمعية والبصرية جعلتهم أكثر فاعلية في التواصل بالمجتمع والوقوف على المعلومات والتفاعل الاجتماعي بصورة أكثر من ذي قبل (الببلاوي: ٢٠٠٥).

والسؤال الذي يطرح نفسه في دراسة اللغة والتواصل: ما الفرق بين اللغة والتواصل وما دورهما في التفاعل الإنساني؟ وما أشكال اضطرابات اللغة والتواصل؟ وما أساليب الوصول إلى تواصل فعال؟

هذا ما سوف تجيب عنه الصفحات التالية من هذا الكتاب.

مفهوم التواصل

المفهوم اللغوي للتواصل

في القاموس المحيط: اشتقت كلمة "تواصل" من الفعل وصل الشيء بالشيء وصلاً وصلة - أي بلغه وانتهى إليه ولم ينقطع (الفيزوز أبادي: ١٩٥٣).. وفي المعجم الوسيط: جاءت كلمة "تواصل" في باب "أوصله" الشيء - أنهاه وأبلغه إياه، "وتوصل إلى الشيء" انتهى إليه وبلغه.. وفي مختار الصحاح (١٩٩٩) وردت كلمة "تواصل" مشتقة من الفعل "وصل"، ووصل إلى الشيء (وصولاً) أي بلغه (أبي نصر الفارابي: ١٩٩٩).

وفي الإنجليزية: أشتقت كلمة "تواصل" من الفعل اللاتيني Communis. ويشمل التواصل كافة الأساليب والطرق التي يؤثر بموجبها عقل في عقل آخر باستعمال الرموز (عاطف العبد: ١٩٩٣).. وتعرف ولمان Wolman (١٩٨٩) التواصل بأنه انتقال أو استقبال الإشارات أو الرسائل بين الأشخاص.. وفي قاموس وارن Waren فإن التواصل: هو نقل انطباع أو تأثير من منطقة إلى أخرى دون النقل الفعلي لمادة ما، وقد يشير إلى نقل انطباعات من البيئة إلى الكائن، أو من فرد إلى آخر.

المفهوم النفسي للتواصل:

توجد تعريفات كثيرة لمفهوم التواصل منها: ما ذهب إليه الأشول (١٩٨٧) من أن التواصل نوع من التفاعل المتبادل حيث يكون سلوك فرد ما بمثابة مثير لسلوك فرد آخر. ففي مثل هذا النظام نجد الرموز تشير إلى محتويات الفكرة.

ويعرف دسوقي (١٩٩٠) التواصل بأنه: إرسال الانفعالات والاتجاهات والأفكار والأفعال من شخص إلى آخر، وعن طريق التواصل تنقل عادات الفعل والتفكير والشعور من الكبار إلى الصغار.

ويرى الشناوي (١٩٩٦) أن التواصل (التخاطب) عملية متبادلة بين شخصين على الأقل أحدهما مرسل والثاني مستقبل. والتواصل لا يقصد به الكلام الموجه لشخص آخر أو الكلام مع شخص آخر، وإنما هو عملية يجب أن تسير في كلا الاتجاهين، وأن الموضوع الذي يجري توصيله هو الذي يفهمه المستقبل، أما الذي لم يفهمه فإنه لم يتم توصيله.

ويعرف الخطيب (١٩٩٨) التواصل بأنه: "عملية تبادل الأفكار والمعلومات، وهو عملية نشطة تشتمل على استقبال الرسائل وتفسيرها، وينبغي على كل من المرسل والمستقبل أن ينتبه إلى حاجات الطرف الآخر لكي يتم توصيل الرسائل بفاعلية وبالمعنى الحقيقي المقصود منها.

في حين أن الرشيدي وآخرون (٢٠٠٠) يعرفون التواصل بأنه العملية التي يتفاعل بها المرسلون والمستقبلون للرسائل في سياقات اجتماعية معينة.

ومن ناحية أخرى، يرى سيسالم (٢٠٠٢) أن التواصل يحتوي على عمليتين أساسيتين هما: الإرسال والإستقبال. فالإرسال هو القدرة على التعبير عن الأفكار بكلمات وألفاظ مناسبة يفهمها المستمع، أما الاستقبال فهو القدرة على فهم المعلومات التي نتلقاها أو نسمعها من الآخرين.. ومن هنا، فإن التواصل السليم يعتمد اعتماداً أساسياً على كل من لغة الفرد وكلامه.

أما الببلاوي (٢٠٠٥) فإنه يعرف التواصل بأنه: "تلك العملية التي تتضمن تبادل المعلومات والمشاعر والأفكار والمعتقدات بين البشر" ويتضمن التواصل كل من الوسائل اللفظية (اللغة المنطوقة، والمسموعة، والمكتوبة)، والوسائل غير اللفظية (كلغة الإشارة، وتهجئة الأصابع، وقراءة الشفاه للصم، ولغة برايل التي يستخدمها المكفوفون، وكذلك الإيماءات، وتعبيرات الوجه، ولغة العيون، وحركات اليدين والرجلين.. وغيرها). ولذلك: يعد التواصل أعم وأشمل من اللغة والكلام.

مما سبق يتضح أن التواصل:

١- التواصل عملية تفاعل اجتماعي بين الناس.

٢- التواصل نقل معلومات، ومشاعر، وأفكار ومعتقدات بين طرفين.

٣- عملية التواصل تتضمن طرفين: مرسل ومستقبل وبينهما رسالة.

٤- لا تتم عملية التواصل ما لم يتم ترجمة رموز الرسالة المنقولة ترجمة سليمة يدركها المستقبل.

٥- في حالة عدم قدرة المرسل على التعبير عن رموز الرسالة، أو عدم فهم المستقبل لرموز الرسالة، هنالك توجد حالة اضطراب التواصل.

مكونات عملية التواصل:

تتكون عملية التواصل من عدة عناصر:

١- **المرسل Sender:** وهو الطرف الذي يقوم بإرسال رسالة إلى طرف آخر (فرد أو أكثر).

٢- **المستقبل Receiver:** وهو الذي يستقبل الرسالة المرسلة إليه من المرسل. وقد يكون المستقبل فرد واحد أو جماعة من الأفراد. وفي عملية الاتصال الفعال يلعب كل طرف دوراً ثنائياً كمرسل ومستقبل في نفس الوقت.

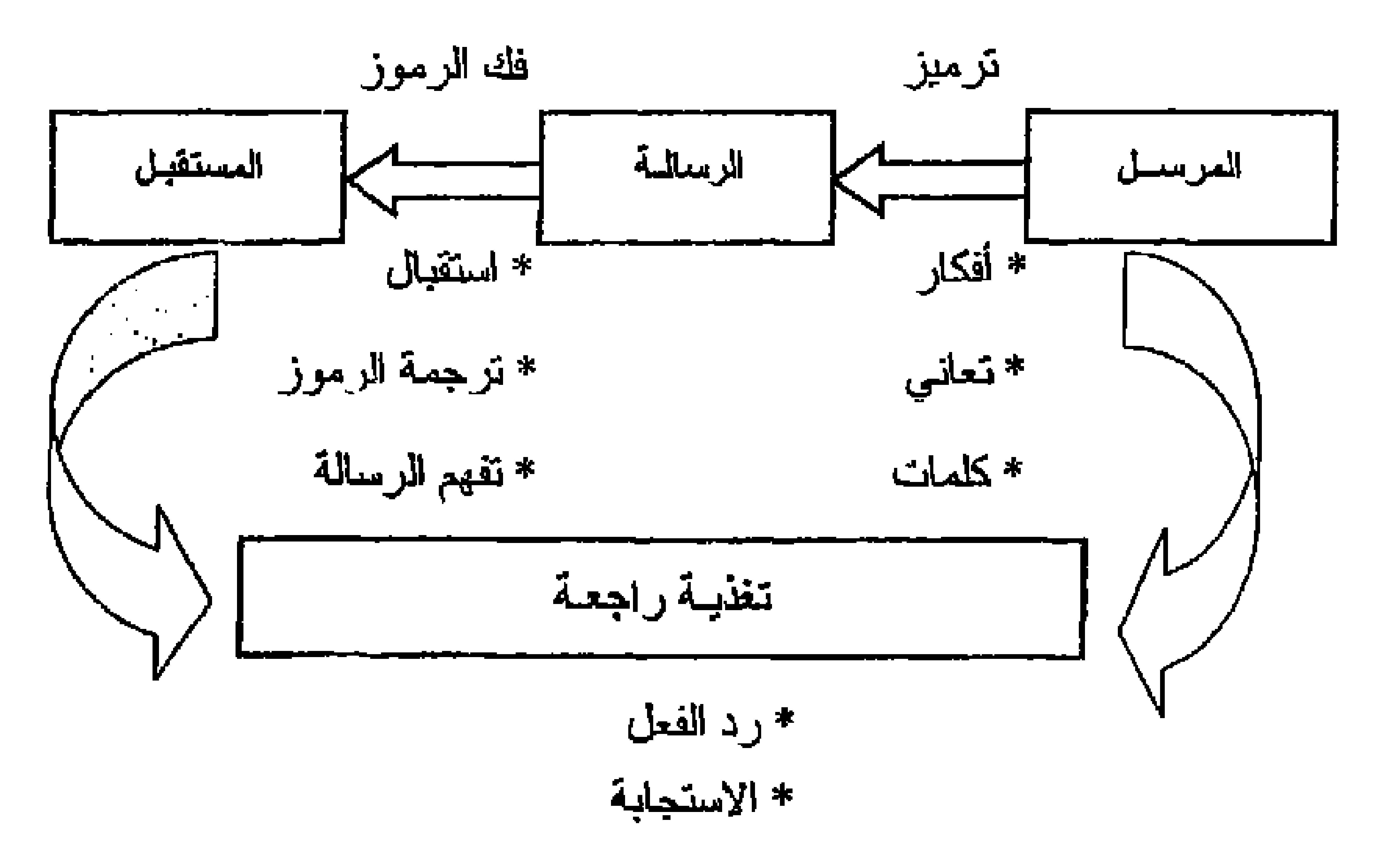
٣- **الترميز Encoding:** وتتمثل في استخدام رموز أو شفرات تعبر عن المعاني أو الأفكار المطلوب إرسالها للطرف الآخر (المستقبل)، وقد تكون الرموز: كلمات، أو إشارات، أو حركات بالجسم ... إلخ.

٤- **الرسالة Message:** وهي ما يهدف المرسل إرساله للطرف الآخر (المستقبل)، وهي نتاج عملية الترميز، للتعبير عن الأفكار أو المعاني المرغوب نقلها للمستقبل. والرسالة قد تكون شفهية أو مكتوبة، أو في شكل حركات الجسم أو الإشارات.

٥- **الوسيلة Channel:** وتتمثل في القناة التي يتم من خلالها نقل الرسالة إلى المستقبل أثناء عملية التواصل. وهناك أنواع مختلفة من هذه الوسائل: كالكلام والمحادثة المباشرة، المذكرات المكتوبة، ذبذبات الهواء... إلخ.

٦- **فك الرموز Decoding:** والتي يقوم بها الطرف الآخر الذي استقبل الرسالة، وذلك لتفسير ما ورد في الرسالة وتفهمه. ويتوقف التفسير والفهم من جانب المستقبل على عوامل عديدة منها: صحته العضوية والجسمية والنفسية، ومستوى تعليمه، وخبراته، واتجاهاته، ودوافعه.

٧- التغذية الراجعة Feedback: وتعكس رد فعل المستقبل واستجابة/ عدم استجابته للرسالة، وقد تكون هذه الاستجابة لفظية أو غير لفظية.



شكل (١) عناصر عملية التواصل

يتضح مما سبق ما يلي:

١- المرسل موجه بالمستقبل وليس بنفسه من حيث مستوى إدراكه وثقافته وعمره وخبراته... إلخ.

٢- التواصل الفعال يجب أن يكون ذو اتجاهين: حيث يلعب كل من المرسل والمستقبل معا في نفس الوقت دوراً أساسيا في عملية التواصل.

٣- لابد من الاهتمام بالتغذية الرجعية وردود الأفعال التي تبدو من المستقبل للتحقق من تفهمه للرسالة، أو لمعرفة مدى استجابته.

أشكال التواصل

إن عملية التواصل الاجتماعي التي تتم بين البشر بعضهم البعض بصفة عامة هي: إرسال واستقبال المعلومات والإشارات أو الرسائل عن طريق الكلمات والإيماءات والرموز الأخرى من كائن إلى أخر.

ومن ثم تشمل عملية التواصل نوعين هما:

١- التواصل اللفظي :ونعنى بذلك : التواصل باللغة والكلام .

٢- التواصل غير اللفظي: ونعني به: كل أنواع السلوك غير اللفظي التي تصدر أثناء عملية التخاطب أو التواصل بين الأفراد – أي التواصل غير اللفظي، أو المهارات الاجتماعية.

ولكل منهما أهمية في التفاعل والتفاهم بين الأفراد:

فنحن عندما نتكلم بأعضاء النطق فإننا نتبادل الحديث بكل أجزاء جسمنا.

كما أن الإشارات المصاحبة للكلام لها أهميتها في تعلم معاني اللغة.

وفيما يلي نوضح أنواع وأشكال كل من التواصل اللفظي (اللغة)، والتواصل غير اللفظي (مهارات التواصل غير اللفظي).

أولاً: التواصل اللفظي

يقصد بالتواصل اللفظي Verbal communication: الرمزية اللفظية باستخدام اللغة كنظام من التفاعل بين شخصين أو جماعة من الناس في ترميز المعاني. وفي ذلك تشمل اللغة عدة مكونات هي: النطق والأصوات الكلامية، وقواعد النحو والصرف والتراكيب اللغوية، ودلالات المعاني (الرشيدي وآخرون: ٢٠٠٠).

وتعتبر اللغة من أهم وسائل التواصل الوجداني والفكري بين البشر، فهي وسيلة التعبير والتفاهم الإنساني التي يعبر بها عن نفسه ويندمج فيها بكل كيانه، وبالكلمة يعبر الشخص عن احتياجاته ويخرج انفعالاته وعواطفه الداخلية، كما يعبر عن رغباته ويعرض تجاربه وظروفه، ومن خلالها يدرك الإنسان العالم ويطلع على خبرات السابقين ويتزود بأدوات التقدم.

لذلك فإن اللغة أساس مهم للحياة الاجتماعية، وضرورة من أهم ضروراتها لأنها هامة لوجود التواصل في الحياة لتوطيد سبل التعايش فيها.

والتواصل من خلال اللغة يحدث من خلال نشاطين رئيسيين هما: الكلام والاستماع – وهذان النشاطان لهما أهمية بالغة لدى عالم النفس باعتبارهما مرتبطين بأنشطة عقلية هامة:

- فعند الكلام يضع المتحدثون الأفكار في كلمات، قد يتحدثون عن مدركاتهم، أو مشاعرهم أو مقاصدهم التي يريدون نقلها إلى الآخرين.
- وفي الاستماع يقومون بتحويل الكلمات إلى أفكار، ويحاولون إعادة صياغة أو تركيب المدركات والمشاعر والمقاصد.. بمعنى: أن المستقبلين يستقبلون الإشارة الكلامية، فيستعملونها مباشرة، أو تخزن في مخزن الذاكرة.

وفي جميع الحالات يجب أن تكون الرسالة المرسلة مؤثرة في محتواها ومضمونها حتى يستجيب لها المستقبل.. وسواء كان مضمون الرسالة قد جرى في الماضي أو في الحاضر أو يتوقع أن يحدث في المستقبل فإن الحديث له إطار إدراكي يؤدي إلى مدركات لدى الشخصين (المرسل والمستقبل)، وهذه المدركات تتفاعل مع الكلمات والرموز أو الإشارات التي بين الشخصين فيفسر كل منهما الرسالة حسب تصوراته ومدركاته، وتكون هناك ردود فعل مترتبة على فهم هذه الرسالة.

من هذا المنطلق فإن وظيفة التواصل التي تؤديها اللغة تتضمن الوظائف الفرعية التالية:

أ - للغة وظيفة تعبيرية:

فاللغة وسيلة الإنسان للتعبير عن حاجاته ورغباته وأحاسيسه الداخلية ومشاعره وانفعالاته ومواقفه (كالحب والبغض، والسرور والحزن، والصدمة واليؤس)، ويعرض تجاربه وظروفه ودوافعه وأغراضه وما يريد الحصول عليه من البيئة المحيطة به وما يود إبرازه من حقائق ومفاهيم ومدركات.. وأحياناً يطلق على هذه الوظيفة وظيفة (أنا أريد) – أو الوظيفة النفعية Instrumental function.. وغالباً ما يركز المتكلم كلامه حول ما يعنيه هو نفسه فتكون انفعالات المتكلم ودوافعه وأغراضه هي موضوع الحديث، وتكون الكلمات معبرة عن مضامينها المتعلقة بالانفعالات أو الأوامر أو النواهي، وتصبح اللغة بذلك هي طريقة الإنسان إلى تصريف شئون حياته وإرضاء غريزة الاجتماع عنده (أحمد المعتوق: ١٩٩٦).

ويرى علماء التحليل النفسي أن التعبير باللغة يسهم إسهاماً بالغاً في عملية التفريغ النفسي للشحنات النفسية المؤلمة التي تجعل الفرد ينغمس في الأحلام التي تأخذه بعيداً عن

الواقع الحاضر في عالم الفكر المجرد – ومن ثم تستخدم اللغة خلال المقابلات الإكلينيكية من أجل التنفيس الانفعالي وعلاج الاضطرابات الانفعالية، وتعتمد مدرسة التحليل النفسي بالإضافة لذلك على تحليل لغة المريض وتعبيراته بما تتضمنه من تصورات وأفكار وفلتات، وما ترمز إليه من قضايا أو مشكلات من أجل إحداث استجابات معينة، وإجراء التعديلات اللازمة في الاتجاهات والخبرات للتكيف الصحيح (فيصل الزراد: ١٩٩٠)، ومن ثم اعتبر التنفيس الانفعالي (التعبير) صمام أمان وعلاج فعال للمرض النفسي.. ولقد اعتبرت الكلمة تشخيصية في المقام الأول – حيث أن الشخص يكشف نفسه سواء من خلال مضمون أحاديثه أو عن طريق أسلوبه ونبرة صوته وصمته عن الموضوعات التي تتم مناقشتها، وعن طريق وقفاته وهفواته وتكراره لنفسه، وأحياناً عن طريق تلعثمه.

ب – للغة وظيفة تفسيرية:

فكما أن الكلمات تساعد على نقل أفكار الفرد ومشاعره للآخرين، فإنها بنفس القدر تساهم في نقل هذا العالم إلى الفرد كي يعيشه.. بمعنى أن فعالية الكلام – باعتباره النظام الأساسي للتواصل بين البشر – لا يمكن أن تتأكد دون تحقق الوجه الآخر من عملية التواصل، ونعني به السمع والإدراك وتفسير معاني الكلمات أو الرسالة المنطوقة التي يرسلها المرسل ويتلقاها المستقبل – فإذا ما تم تفسير الرسالة المسموعة من قبل السامع (المستقبل) فإن الرسالة يتحقق لها بذلك وجود لغوي عنده يناظر الوجود اللغوي الذي تحقق لها في البداية عند المتكلم (المرسل).

فمجموعة الأصوات التي تكون كلمة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بصورة معينة في الذهن – فإذا ما سمع أو قرأ صاحب اللغة هذه الكلمة انبعثت تلك الصورة في ذهنه، ومتى انبعثت تلك الصورة في ذهنه في وقت ما انبعث معها أفكار وتصورات ووجدانات مماثلة، فيقوم بالاستجابة وتلبية لأثر ما أدركه من الكلام مما يدفعه إلى العمل والحركة. فالناحية الهامة في اللغة ليست هي مطابقة الكلمات المنطوقة أو المكتوبة للصور والأفكار المعبر عنها ولكن ما تحدثه من أثر في السامع أو القارئ (عبد العزيز عبد المجيد: ١٩٧٨).

وعلى هذا: فلا يكفي أن يقال أن اللغة وسيلة للتعبير، أو أنها وسيلة لنقل الأفكار من المتكلم إلى السامع، بل هناك إلى جانب هذا النقل شيء آخر مقصود هو استجابة السامع وتلبيته لأثر ما أدركه من كلام. فإن لم تحدث اللغة استجابة من السامع فقد فقدت وظيفتها.

ثانياً: التواصل غير اللفظي:

يقصد بالتواصل غير اللفظي Nonverbal communication: الرمزية غير اللفظية التي تعتمد على تناقل الرسائل غير اللفظية كرموز تحمل معاني معينة لدى كل من المرسلين والمستقبلين.. وتميل كثير من الرموز غير اللفظية إلى أن تكون مكملة ولا شعورية – أي تكمل الجانب اللفظي من الرسالة ولا تحل محله غالباً (الرشيدي وآخرون: ٢٠٠٠).

وعلى الرغم من أننا نميل في اتصالاتنا إلى أن نركز على الكلمة المنطوقة، إلا أن معظم المعاني التي تشتمل عليها رسالة المتحدث: حوالي ٦٥% أو أكثر منها ينتقل عن طريق السلوك غير اللفظي أثناء الحديث من خلال: حركات الجسم، وتعبيرات الوجه التي تدل على المشاعر والانفعالات وغيرها من السلوكيات غير اللفظية أثناء الحديث.

ويعرف التواصل غير اللفظي بأنه:

"كل وقائع الاتصال الإنساني التي تتجاوز الكلمات المنطوقة أو المكتوبة، وأن كثيراً من السلوكيات غير اللفظية تفسرها الرموز اللفظية".

أبعاد وأساليب في التواصل غير اللفظي:

تقسم أساليب التواصل غير اللفظي إلى ثلاثة فئات هي:

- حركات الجسم kinesics مثل: الإيماءات وتعبيرات الوجه.
- ما وراء اللغة Para language: أي متغيرات الصوت – وهي عبارة عن استخدام أصوات خاصة لا تشكل جزءاً من التركيب الصوتي المتعارف عليه للكلمات.
- والتقارب المكاني Procemies: وهي درجة المسافة بين شخص وآخر في عملية التواصل (الرشيدي وآخرون: ٢٠٠٠). وفيما يلي تفصيل الفئات الثلاثة لأساليب التواصل غير اللفظي:

الأولى: التواصل البدني أو التواصل الحركي:

ويقصد به حركات الجسم: ويشمل على الإيماءات وتعبيرات الوجه والنشاط الجسمي المرني. من ذلك ما يلي:

١- التواصل بالعيون : فتلاقي العيون: يدل على الرغبة في الاتصال الشخصي وتبادل الحديث.. وخفض النظر: يدل على الانسحاب من المناقشة أو تجنب التبادل، أو الاحترام، أو الإذعان.. وخفض الأعين والنظر إلى أسفل أو بعيداً: يدل على الانشغال.. والتحديق في شخص أو على شيء: يدل على الانشغال وربما التمسك بالرأي.. والحركة السريعة للعينين: تدل على الاستثارة أو القلق.. والنظر شذراً وتقطيب الحاجبين: يدل على الارتباك أو تجنب الشخص أو الموضوع. الدموع في العينين: تدل على الحزن أو الإحباط أو جوانب حساسة في المشكلة وربما تدل على السعادة. أما تحويلات العينين: فتدل على تذكر الموضوع أو تجميعه أو الاهتمام الحاد، في حين أن توسيع حدقات العينين: فيدل على الانزعاج أو الاهتمام الحاد.

٢- حركات الفم: فالابتسام يدل على إيجابية في محتوى الرسالة، والتحية.. ضم الشفتين: يدل على الغضب أو العداوة، أو الانضغاط. ارتعاش الشفة السفلى أو قضم الشفة: يدل على القلق أو الحزن. فتح الفم بدون تحدث: يدل على الدهشة، التعب..

٣- تعبيرات الوجه: تلاقي العينين مع الابتسام: يدل على السعادة والارتياح، عندما تكون العينان مشدودتان مع تقطيب الحاجب وإطباق الفم: يدل على الغضب والحزن والانشغال. تصلب العينين والفم: تدل على الانشغال الزائد، والقلق والحزن، إحمرار الوجه: يدل على الخجل والارتباك وعدم الارتياح.

٤- حركات الرأس: هز الرأس لأعلى ولأسفل: يدل على الموافقة أو الإصغاء والانتباه. هز الرأس يميناً ويساراً بسرعة: يدل على الرفض وعدم الموافقة، خفض الرأس لأسفل: يدل على الحزن والانشغال

٥- حركات الكتفين: هز الكتفين: يدل على الحيرة وعدم التأكد. الانثناء إلى الأمام: يدل على التشويق للتوكيد. التململ والتراجع لظهر المقعد: التشوق، والتوكيد، والانفتاح على التواصل، ونقص في استقبال العلاقة المتبادلة.

٦- حركات اليدين والذراعين: إطباق الذراعين على الصدر: يدل على تجنب أو كراهية تبادل العلاقة مع الآخر. ارتعاد اليدين: يدل على القلق أو الغضب. تشبيك اليدين: يدل على القلق أو الغضب.. استخدام الذراعين واليدين في الإشارة: الانفتاح في العلاقة المتبادلة، والتأكيد على نقطة في المناقشة.

٧- حركات الساقين والقدمين: استرخاء الساقين والقدمين: يدل على الانفتاح في العلاقة بالآخر والاسترخاء. تقاطع الساقين: يدل على القلق والاكتئاب. النقر بالقدمين: قلق وعدم صبر. ثبات الساقين والقدمين: يدل على الانضغاط أو القلق أو الانغلاق بالنسبة للتبادل المركز في العلاقة.

٨- حركات الجسم كله: التقابل بالوجه مع الشخص الآخر والانحناء نحوه: يدل على الانفتاح على الاتصال والتبادل الشخصي.. تحويل الجسم بزاوية لا تواجه الآخر مباشرة: يدل على درجة منخفضة من الانفتاح في العلاقة. هز الجسم للأمام أو التململ في المقعد: يدل على الانشغال، والضيق والقلق. الجلوس جامداً وبانتصاب على حافة المقعد: يدل على التوتر والقلق والانشغال. وتكرار أو تقليب الشعر أو الضغط على الأصابع: يدل على الإحساس بالملل والضجر أو التشتت أو عدم الراحة. عندما يكون التنفس أبطأ وأعمق: يدل على الشعور بالاسترخاء ونقص الاستثارة.

الفئة الثانية: التواصل غير اللفظي المرتبط باللغة:

يرتبط التواصل غير اللفظي المرتبط باللغة إلى الأصوات التي يتم إنتاجها عند التحدث من حيث نغمة الصوت ومدى طلاقة الحديث.

١- فبالنسبة لمستوى الصوت ونغمته: فإن الكلام الهامس يدل على صعوبة الانفتاح عند التواصل. وتغيرات نغمة الصوت عند الكلام تدل على أن موضوعات المناقشة لها معان انفعالية مختلفة.

٢- أما بالنسبة لطلاقة الحديث: فإن اللجلجة عند الكلام والتردد وأخطاء اللغة تدل على حساسية موضوع المناقشة، أو القلق أو التوتر. كما أن الفرد عندما يتلعثم أو يئن فهذا يدل على الاعتمادية أو التركيز الانفعالي. في حين أن بطء الحديث أو سرعته أو تغيره المستمر فهذا يدل على حساسية موضوع المناقشة، أو أن له معان عاطفية. أما الصمت فإنه دليل على الانشغال أو الرغبة في الاستمرار في الكلام بعد توضيح نقطة معينة.

الفئة الثالثة: وضع الجسم والعلاقات المكانية عند التواصل:

وتشير إلى المسافة بين المرسل والمستقبل أثناء عملية التواصل والتقارب أو الابتعاد بينهما:

١- فبالنسبة للمسافة: عندما يتحرك المرسل بعيداً عن المستقبل: فهذا يدل على أن المكان قد أدى إلى مزيد من الاستثارة وعدم الارتياح. أما إذا تحرك مقترباً من المرسل فإنه بذلك يبحث عن تفاعل أقرب أو مزيد من المودة والألفة.

٢- الوضع في الجلسة: إذا جلس المرسل بجوار أو خلف شيء في الغرفة (كمنضدة أو مكتب) فإنه بذلك يبحث عن حماية أو مزيد من المسافة، أما إذا جلس قريباً من المستقبل بدون حواجز فاصلة فإن ذلك يدل على التعبير عن مستوى ارتياح مناسب.

٣- الملامسة: المصافحة اليدوية مع الابتسام والتحية اللفظية: فإن ذلك يدل على الرغبة في بدء التفاعل مع الآخر. والربت على ذراع الطرف الآخر: فهذا دليل على الرغبة في توصيل المساندة والتخفيف عنه (الشناوي: ١٩٩٦).

هكذا يتضح:

أن أساليب التواصل غير اللفظي السابق كلها تدل على معاني يفهمها جميع الناس ويتفاعلون مع بعضهم طبقاً للدلائل المستمدة منهما. معنى ذلك: أن السلوك غير اللفظي لا يقل أهمية عن السلوك اللفظي أو الكلام المنطوق، وكلاهما هام في عملية التواصل، ويكمل بعضهما البعض.

المهارات الاجتماعية والتواصل غير اللفظي:

تعد المهارات الاجتماعية Social skills إحدى مظاهر التواصل غير اللفظي بما تنطوي عليه من عناصر انفعالية وتفاعلات بينشخصية اجتماعية: بجانب التعبيرات اللفظية المرتبطة بمواقف التفاعل الاجتماعي، والانضباط الذاتي والحساسية الانفعالية ومهارات تدبير الأمور وحسن التصرف.

وتعرف المهارات الاجتماعية بأنها: "مجموعة من الأنماط السلوكية - اللفظية وغير اللفظية التي يستجيب بها الطفل مع غيره من الناس: كالرفاق، والأخوة، والوالدين، والمعلمين - والتي تعمل كميكانيزمات تحدد معدل تأثير الفرد في الآخرين داخل البيئة عن طريق التحرك نحو، أو بعيداً عما هو مرغوب في البيئة الاجتماعية دون أن يسبب أذى أو ضرر للآخرين من حوله (Hasselt, et al., 1982, 413).

ويعرف ريجيو Riggio (١٩٩٠) المهارات الاجتماعية بأنها: "قدرة الفرد على التعبير الانفعالي والاجتماعي بطريقة لفظية، إلى جانب مهارته في ضبط انفعالاته، واستقبال انفعالات الآخرين وتفسيرها، مع وعيه بالقواعد المستترة وراء التفاعل، وقدرته على لعب الدور واستحضار الذات اجتماعياً.

كما تعرف المهارات الاجتماعية بأنها: قدرة الفرد على المبادأة بالتفاعل مع الآخرين، والتعبير عن المشاعر السلبية والإيجابية إزاءهم، وضبط الانفعالات في مواقف التفاعل الاجتماعي بما يتناسب مع طبيعة الموقف (عبد الرحمن: ١٩٩٨).

العلاقة بين التواصل اللفظي والتواصل غير اللفظي:

ان العلاقة بين التواصل اللفظي باللغة والكلام، والتواصل غير اللفظي: هي بمثابة علاقة تبادلية، ربما يؤكد بعضها البعض، أو يحل بعضها مكان الآخر، ويكمل بعضها البعض الآخر وقد يتعارض بعضها مع بعض - وذلك على النحو التالي:

١- التكرار: فمثلا: عندما تكون الرسالة اللفظية: وإذا قيل لشخص "تفضل اجلس في المقعد"، ويشير المتحدث إلى داخل الغرفة وإلى المقعد - فهذه الإشارة تعتبر تكرارا غير لفظي لما قاله.

٢- التعارض: فإذا قلت لشخص "إني أحبك" ولكن نبرات الصوت في صورة فظة غاضبة – فإن الدلائل تشير إلى أنه: عندما نستقبل رسالتين متعارضتين: إحداهما لفظية فإننا نميل إلى تصديق الرسالة غير اللفظية.

٣- الإحلال: في كثير من الأحيان نستخدم الرسالة غير اللفظية مكان الرسالة اللفظية. فحين تسأل شخصاً ما: كيف حالك؟ فإنك قد تتلقى منه ابتسامه، وهذه الابتسامة تحل محل الجواب اللفظي: "أنا بخير".

٤- التكملة: يمكن أن تقوم الرسالة غير اللفظية بدور التتمة لرسالة لفظية عن طريق تعديلها أو تقويمها. فإذا كان شخص ما يتحدث عن الإحساس بعدم الارتياح، وكانت كلماته متسارعة ويشوبها أخطاء في النطق، فإن هذه الرسالة غير اللفظية تضيف إلى التعبير اللفظي، حالة عدم الارتياح.

٥- الخبرة: إن الرسائل غير اللفظية يمكن أن تؤكد الرسائل اللفظية – وهي غالباً تزيد من تأثيرها. فإذا كنت تنقل انشغالك أو اهتمامك عن طريق الكلمات فإن رسالتك يمكن أن تكون أقوى عن طريق تلميحات غير لفظية أقوى مثل: تقطيب الجبين والحاجبين أو العبوس أو الدموع. وهذا النوع من العاطفة الذي ينقله الفرد يظهر أكثر بتعبيرات الوجه وينقل البدن وصفاً أفضل لشدة الانفعال.

٦- التنظيم: يساعد التواصل غير اللفظي على تنظيم انسياب المحادثة. فمعظمنا يلاحظ أنه عندما يومئ برأسه لشخص بعد أن يتحدث، فإن هذا الشخص يميل إلى الاستمرار في الحديث، ولكن إذا أشحنا بوجوهنا بعيداً أو غيرنا في وضع الجلسة، فإن الشخص قد يتوقف عن الحديث ولو مؤقتاً. إننا كثيراً ما نعتمد على الإشارات كردود فعل لبدء أو إيقاف محادثة وللدلالة على ما إذا كان الشخص الآخر مصغيا لنا (الشناوي: ١٩٩٦).

اضطرابات التواصل:

يعرف اضطراب التواصل بأنه: "عجز الفرد على أن يجعل كلامه مفهوماً للآخرين، أو عجزه عن التعبير عن أفكاره بكلمات مناسبة، وكذلك عجزه عن فهم الأفكار أو

الكلمات التي يسمعها أو يتلقاها من الآخرين بصورة منطوقة أو مكتوبة (سيسالم: ٢٠٠٢).

كما يعرف اضطراب التواصل بأنه: "قصور في قدرة الفرد على التفاعل والتواصل مع الآخرين، ونتيجة لذلك يكون عاجزاً عن تلبية رغباته والتعبير عنها، وبالتالي يكون في حالة تبعية دائمة لغيره بحيث يحتاج إلى مساعدة الغير، وينعكس هذا العجز في كل جوانب حياته النفسية والاجتماعية (السرطاوي وآخرون: ٢٠٠٢).

وبذلك يقصد باضطرابات التواصل:

- اضطراب التواصل اللفظي: أي اضطرابات اللغة والكلام.
- واضطراب التواصل غير اللفظي: أي نقص المهارات الاجتماعية أثناء عملية التفاعل الاجتماعي، أي أثناء التواصل والتفاعل مع الآخرين والتي بدورها تؤدي إلى عرقلة عملية التواصل الاجتماعي للفرد، والتي بدورها تؤدي إلى عرقلة عملية التواصل الاجتماعي؟ وتؤدي إلى سوء التوافق الاجتماعي.

١ ـ اضطراب التواصل اللفظي (اضطرابات اللغة والكلام):

ويقصد بها الاضطرابات التي تحدث في عملية النطق والكلام. وهي اضطرابات تتعلق بمجرى الكلام أو الحديث ومحتواه ومدلوله أو معناه، وشكله، وسياقه، وترابط الأفكار والأهداف، ومدى فهمه من الآخرين، وأسلوب الحديث، والألفاظ المستخدمة، وسرعة الكلام.

وبذلك: فإن اضطرابات اللغة والكلام تدور حول محتوى الكلام ومغزاه، وانسجام ذلك مع الوضع العقلي والنفسي والاجتماعي للمتكلم.. ومن الاضطرابات ما يدخل تحت اسم الطلاقة في النطق Fluency، وضعف المحصول اللغوي وتأخر الكلام عند الأطفال Delayed or inhibited speech، واضطرابات النطق Articulation Disorders، واضطرابات الصوت Voice disorder ... أو غيرها (الزراد: ١٩٩٠).

كذلك يقصد باضطراب الكلام: أي اضطراب طويل المدى في إنتاج الكلام أو في إدراكه، وبالتالي فإن الكلام المضطرب هو الكلام الذي فيه اضطراب كلام الفرد عن

كلام الأقران الآخرين، ويكون لافتاً للانتباه ويسبب سوء التوافق بين المتكلم وبيئته الاجتماعية، وقد تكون هذه الاضطرابات عضوية أو وظيفية (يوسف: ١٩٩٧).

ويفرق الرشيدي وآخرون (٢٠٠٠) بين اضطرابات اللغة واضطرابات الكلام. ويعرفون اضطرابات الكلام Speech Disorders بأنها "اضطرابات يكون فيها الكلام غير عادي، ينحرف كثيرا عن كلام الآخرين بشكل يلفت النظر، أو يتداخل مع التواصل ويعطله ويعوقه، أو يسبب للمتكلم أو للمستمع ضيقا".. في حين أن اضطرابات اللغة Language Disorders: فإنها: "حالة لا يظهر فيها الفرد معرفة بنظام الحاجات اللغوية المناسبة للمعايير المتوقعة. وعلى هذا النحو يعتبر الطفل ذا صعوبة لغوية حينما تكون مهاراته اللغوية ناقصة قياسا إلى توقعات العمر الزمني".

٢ ــ اضطراب التواصل غير اللفظي (قصور المهارات الاجتماعية):

يقصد باضطراب التواصل غير اللفظي: الاضطراب الذي يحدث لكل وقائع الاتصال الإنساني التي تتجاوز الكلمات المنطوقة أو المكتوبة، ويمكن أن نطلق عليها المهارات الاجتماعية، والتي يحدث بها نقص أو اضطراب وتؤدي إلى سوء التوافق الاجتماعي للفرد. واضطراب مهارات السلوك غير اللفظي (المهارات الاجتماعية) عديدة منها: عدم القدرة على التعبير الانفعالي السليم، عدم القدرة على ضبط الانفعالات، نقص الحساسية الانفعالية، نقص مهارة التفاعل الاجتماعي أثناء عملية التواصل، عدم القدرة على فهم الإشارات والإيماءات والحركات المصاحبة للكلام او كيفية توظيفها.. وغيرها من الاضطرابات.. والنقص في المهارات الاجتماعية الذي يحدث للطفل يحدث نتيجة أسباب عديدة منها: العضوية والوظيفية والنفسية والبيئية، والتي بدورها تؤدي إلى عرقلة عملية التواصل الاجتماعي وإلى سوء التوافق الاجتماعي خاصة لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

الفصل الثاني

اللغة واضطرابات التواصل اللفظي

- مقدمة.
- تطور نمو اللغة في الطفولة.
- جهاز اللغة والكلام.
- تصنيف اضطرابات اللغة والكلام.

الفصل الثاني

اللغة واضطرابات التواصل اللفظي

مقدمة:

إن كلمة "لغة" بمعناها العام هي وسيلة للتعبير والتفاهم والتواصل بين أفراد جماعة ما. وإذا كانت اللغة تدل على وسيلة الإنسان للتعبير عن أفكاره وانفعالاته ورغباته، فإن هناك استعمال لكلمة لغة على نحو مجازي عندما نتحدث عن لغة الجسم ولغة العيون ولغة الأزهار... إلخ.

وكلمة لغة في الحقيقة تشتمل على كل ما يمكن أن يعبر به الإنسان عن فكره أو انفعال أو موقف أو رغبة معينة – فالصورة لغة، والأشكال لغة، والأجسام والحركات الجسمية لغة، والإشارات البصرية والسمعية لغة، وحركات الأصابع لغة، والألحان والنغمات الموسيقية لغة... إن كل أعضاء الحواس يمكن استخدامها في خلق لغة. فهناك لغة الشم ولغة اللمس ولغة البصر ولغة السمع، وضغط شخص على يد شخص آخر لغة... إلخ. إذن: فاللغة الوضعية التي يمكن أن يصطلح على دلالاتها وأدواتها وأشكالها يمكن أن تكون رموزاً أو أصواتاً أو إشارات أو صوراً أو ألواناً أو خطوطاً أو أشكالاً أو ألفاظاً أو مقاطع صوتية وعبارات وما إلى ذلك مما يمكن الاتفاق على دلالته بالنسبة لمعنى معين.

ومن ثم: فإن اللغة هي القدرة على الاتصال بالآخرين بما في ذلك كافة أشكال التواصل وأنواعه. وتشمل اللغة طبقاً لذلك أشكال مختلفة ومتنوعة من التواصل مثل: الكلام، الكتابة، العلامات، الإشارات، تعبيرات الوجه، وحتى البانتوميم (التعبير الصامت بالحركة) والفن... إلخ. كل ذلك يعتبر لغة وأسلوب للتواصل.

وعلى الرغم من اتساع مفهوم اللغة فإن مدلولها الذي تنصرف إليه الأذهان عند الحديث عن لغة الإنسان هو أنها "مجموعة الأصوات التي تتركب من الألفاظ والكلمات التي بدورها تتركب منها العبارات والجمل التي تنطق أو تكتب (شاش: ٢٠٠٦).

وسوف نعرض في هذا الفصل تطور نمو اللغة في الطفولة، وتركيب جهاز اللغة والكلام، وتصنيف اضطراب اللغة والكلام.

تطور نمو اللغة في الطفولة

تتدرج مراحل النمو اللغوي كما يتدرج الطفل في نواحي نموه المختلفة. ويمكن تقسيم مراحل النمو اللغوي في الطفولة إلى المراحل التالية(*):

أولاً: مرحلة ما قبل الكلام:

١ - مرحلة الاستجابات المنعكسة:

أ - صيحة الميلاد:

تعد صيحة الميلاد أول ظاهرة من ظواهر اللغة الإنسانية - أو أنها أول استثارة للجهاز الكلامي للطفل، وتنتج عن اندفاع الهواء بقوة عبر حنجرته فتهتز أوتارها. وهكذا: تبدأ الحياة بمنعكس يعتمد في استثارته على دخول الهواء إلى الرئتين.

ب - الصراخ والأصوات الانفعالية:

تتطور صيحة الميلاد إلى صراخ للتعبير عن حالة الطفل الانفعالية ورغباته بعد ساعات أو أيام من ولادته - فالوليد يبدأ باستعمال البكاء لإرسال التبليغات إلى الآخرين. ويشير بعض العلماء إلى أن الطفل في الأسابيع الأولى من حياته يطلق أنواعاً مختلفة من البكاء هي: الصيحة الإيقاعية: وهي البكاء المنغم في مقاطع، وبكاء الغضب، وبكاء الألم. وتستجيب الأم لهذه الأنواع المختلفة من البكاء استجابات مختلفة. وتعبر هذه الأحداث عن حالة الطفل: فالصرخة الإيقاعية الرئيسية المتقطعة تدل على الغضب، والصرخة الحادة تدل على الألم، والصرخة الطويلة مؤشرا على الغضب، والصراخ الحاد الانفجاري له قيمة اجتماعية وإشارة إلى أن الطفل محتاج إلى رعاية وعطف (الزراد: ١٩٩٠).

ج - الضحك للأصوات السارة:

منذ الشهر الأول يصدر الطفل أصواتاً هادئة تدل على الشعور بالارتياح، وفي شهره الثاني يشعر بصوت المتكلم، وفي شهره الثالث يبتسم عند رؤية وجه الأم أو الأب وتصدر عنه أصواتا تدل على سروره، وفي الشهر الخامس يصدر الطفل أصواتا ناعمة

(*) لمزيد من التفاصيل حول تطور نمو اللغة في الطفولة راجع كتاب- علم نفس اللغة (للمؤلفة)، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق، ٢٠٠٦م

كهديل الحمام عند شعوره بالارتياح. وتعد هذه المرحلة تدعيما للروابط الاجتماعية بين الطفل والمحيطين به. والأم بخبرتها وأمومتها يمكنها أن تميز بين أصوات الارتياح وأصوات الصراخ نتيجة الجوع أو الألم والبلل، والأصوات السارة التي تدل على الراحة.

٢ - مرحلة المناغاة

المناغاة صوت أو مجموعة أصوات تصدر عن الطفل في الأسبوع الثالث والثامن، يسميها البعض مرحلة الثرثرة أو الثغثغة Babble stage أو مرحلة الصدى الصوتي وتستمر حتى نهاية السنة الأولى، وقوامها: سلسلة طويلة من التمايزات الصوتية التجريبية في صورة لعب يسهم في التنظيم الصوتي السمعي لأجهزة الطفل الكلامية ومهاراته اللغوية، ورياضة وظيفية للحنجرة والبلعوم واللسان ليس لها مدلول لغوي بالمعنى الصحيح (دسوقي: ١٩٧٩) – من ذلك: مقاطع الألفاظ التالية (سوم، موم – مو، مو – دا، با، با – دس، دس – لا، لا... إلخ)، وتظهر المناغاة عندما تصبح المراكز العليا صالحة للتوافق مع العضلات اللفظية ويصبح الطفل قادرا على التلفظ بمقاطع صوتية واجدا فيها لذته.

وفي هذه المرحلة ربما يختزن الطفل كثيرا من الكلمات والجمل التي ينطق بها المحيطون به ويفهم مدلولها من سياق أعمال المتكلمين وما يصدر عنهم من حركات بدنية، وجسمية وإشارات تدل عليها الكلمات أثناء النطق بها. فإذا طلب من الطفل الإشارة إلى عضو من أعضاء جسمه (أين أنفك، فمك، أذنك، أبوك، أمك ...إلخ) أدى الطفل ما طلب منه، وإذا كلف بأمر ما مثل (إقفل الباب، هات الكوب.. إلخ) استجاب لما طلب منه.

٣ – مرحلة الحروف التلقائية:

تبدأ هذه المرحلة في النصف الثاني من السنة الأولى حيث يبدأ في نطق بعض المقاطع الكلامية المحدودة. وغالبا ما يبدأ بنطق حروف الحلق المرنة مثل (أ)، (غ، غ)، وحروف الشفاه السائلة مثل (ب ب، م م).. وقرب نهاية السنة الأولى يمكن للطفل أن يجمع بين حروف النطق المرنة وحروف الشفاه السائلة فينطق كلمة (بابا) – (ماما) دون أن يكون هناك دلالة حقيقية للإشارة إلى الأب أو الأم.

بعد ذلك يبدأ الطفل في نطق الحروف السنية مثل (د ، ت)، ثم الحروف الأنفية مثل (ن ، خ)، وعندما ينضج الجهاز الكلامي يتمكن الطفل من السيطرة على حركات لسانه فيستخدم الحروف الحلقية مثل (ك ، ج ، ق...إلخ)، وآخر الحروف التي يتمكن الطفل من السيطرة عليها حرفي (ق ، ر) (شاش: ٢٠٠٦).

٤ – مرحلة التقليد والاستجابة اللغوية:

في هذه المرحلة نجد الطفل يقلد صيحات وأصوات الآخرين التي يسمعها وذلك بهدف الاتصال بهم، أو من أجل اللهو، أو بصورة عفوية.. وتبدأ هذه المرحلة عند الأطفال العاديين في أواخر السنة الأولى وأوائل الثانية – وتنتهي فيما بين الخامسة والسابعة عند بعض الأطفال. أما عند غير العاديين فقد لا تبدأ لديهم إلا في أواخر السنة الثانية، أو أوائل الثالثة، ويتأخر تبعا لذلك موعد انتهائها.

وتعد المحاكاة من العوامل المهمة في تعلم اللغة، وغالبا ما يبدأ الأسوياء إخراج أصوات بعضها شبيه بالكلمات التي ينطق بها الكبار المحيطون بهم.

٥ – مرحلة المعاني:

عندما يتعلم الطفل النطق تأتي مرحلة المعاني. وبداية خلع المعاني على الألفاظ يتحقق عن طريق التقليد والمحاكاة فيحدث توافق بين نمو المدركات الحسية (سمعية، بصرية، لمسية) وبين المظهر الحركي والكلامي. فعندما ينطق الطفل (با) وتشجعه الأم فإنه يكرر الصوت فتنطق كلمة (بابا)، وتشير إلى أبيه فيربط اللفظ بمدلوله أو معناه، فإذا رأى الطفل أباه ينطق لفظ (بابا) وتأخذ الكلمة تدعيما بفرحة الكبار وصياحهم عند نطق الطفل للكلمة – وهكذا يتم ميلاد الكلمة.

وتنقسم مرحلة المعاني إلى قسمين:

- مرحلة الكلمة الواحدة (مرحلة الكلمة الجملة): وهي تبدأ من مستهل السنة الثانية تقريبا، وتستمر لمدة ستة أشهر في المتوسط. وفي هذه المرحلة يستعمل الطفل كلمة واحدة للدلالة على ما يريد التعبير عنه، وقد تكون هذه الكلمات ذات مقطع واحد أو أكثر.

- مرحلة الكلمتين: وتبدأ من منتصف السنة الثانية تقريبا وتستمر حتى الشهر السابع والعشرين من حياة الطفل. وهذه المرحلة تتميز بأن الطفل يستعمل فيها الأسماء بكثرة، بينما يعوزه استعمال الأفعال والحروف: كحروف الجر والضمائر.

ثانياً: مرحلة الكلام:

تدل أبحاث سميث Smith أن المحصول اللفظي فيما بين السنة الأولى والثانية يبدأ بطيئا ثم يزداد بدرجة كبيرة – إذ تعقب الكلمة الأولى فترة تستغرق عدة أشهر تتميز بعدم القدرة على استمرار إخراج الكلمات، بعدها يفاجئ الطفل من حوله بتقدمه السريع في اكتساب الألفاظ. ويعتمد كلام الطفل ونمو مفرداته على حاجة الطفل: فإذا توفر للطفل كل ما يريد دون السؤال عنه من قبل الوالدين فلا يكون هناك باعث يجعل الطفل يبذل مجهودا للكلام وبذلك يتأخر نموه اللغوي. وقد قسم بعض الباحثين مرحلة الكلام إلى فترات عمرية تعتمد على نمو اللغة عند الطفل وذلك على النحو التالي:

١ – مرحلة تطور المهارات والمكتسبات اللغوية:

بعد ظهور الكلمات القليلة والتي يستخدمها الطفل العادي تبدأ مهاراته اللغوية في الانتظام والاتساق، ويصبح كلامه أكثر وضوحا وفهما، وتزداد مكتسباته اللغوية بالتدريج – يتضح ذلك من خلال المؤشرات التالية:

أ – نمو المفردات والحصيلة اللغوية: وتقاس من خلال اختبارات الحصيلة اللغوية بالعدد الكلي للكلمات التي يعرفها الطفل.

ب – طول الجملة: متعددة الكلمات التي تتكون منها جملة الطفل يعتبر من أدق المؤشرات الدالة على النمو اللغوي.

ج – تركيب الجملة: ومدى ما تشتمل عليه الجملة من أسماء، أو أسماء وأفعال وحروف، أو أزمنة، أو استخدام المذكر والمؤنث، المفرد والجمع.. وما إلى ذلك.

وتعد مرحلة المهد هي المرحلة التي توضع فيها أسس الكلام وتزداد فيها مفردات الطفل بسرعة، يرجع ذلك إلى التعلم المباشر، وإلى فضول الطفل وحب استطلاعه لمعرفة معاني الكلمات – يتضح ذلك فيما يلي:

أ - بين السنة الأولى والثانية:

يتحسن نطق الطفل وتزداد عدد مفرداته بعد النصف الثاني من السنة الثانية – حيث يزداد متوسط عدد المفردات: ففي العمر (١٨ – ٢٤ شهرا) يحقق الطفل قفزة في حجم الذخيرة اللغوية، ويبدأ الطفل استخدام جملا قصيرة في منتصف السنة الثانية تظهر الجمل ذات الكلمتين. ويغلب على جملة الطفل من المفردات الأسماء (باعتبارها محسوسات) وتسمى مرحلة التسمية، ثم يستعمل بعد ذلك الضمائر عند أواخر السنة الثانية ويأخذ في استعمال الأفعال في حدود السنة الثانية.

ب – بين السنة الثانية والثالثة:

تزداد مفردات الطفل في هذه الفترة بشكل كبير: وتشيع الجمل البسيطة وتحتوي جملا تحتوي على أربع كلمات، ويزداد فهم المعنى فيصل عند عمر ٢٤ شهرا إلى ٤٩% من مجموع كلام الطفل ويصل إلى ٩٣% عند سن ٣٠ شهرا. ويزداد حجم مفردات الطفل حيث يكتسب الطفل خلال الفترة (٢٤ – ٢٧ شهرا) ما بين ٣٠٠ – ٤٠٠ كلمة.

٢ - النمو اللغوي في مرحلة ما قبل المدرسة:

يظهر خلال هذه المرحلة نمو سريع في جوانب لغوية عديدة (كطول الجملة، والتركيب اللغوي تبعا للقواعد والنطق). وأهم خصائص لغة الطفل في هذه المرحلة:

أولاً: الخصائص المتعلقة بالأصوات وطريقة النطق:

١- يحاكي الطفل في بادئ الأمر الكلمات التي يسمعها محاكاة غير صحيحة، ثم يظل في إصلاح نطقه شيئا فشيئا، وأكثر الأخطاء الشائعة في هذه المرحلة اضطرابات النطق: كالإبدال والحذف، والإضافة، والتحريف، فالطفل غالبا ما يبدل أصوات بعض الحروف الصغيرة وينطق بغيرها من الحروف الأسهل – ويرجع ذلك إلى ضعف أعضاء النطق عند الطفل في بداية هذه المرحلة، بالإضافة الى ضعف

إدراكه السمعي وقلة مرانه وتأثر عناصر الكلمة بعضها ببعض.. إلخ. وكلما تقدم الطفل في العمر تتحسن طريقته في النطق.

٢- يولع الطفل في بداية هذه المرحلة بتكرار المقاطع أو الكلمات عدة مرات، وقد يحاول الطفل بذلك أن يثبت الكلمة في ذاكرته، وتدريب أعضاء نطقه حتى يسهل عليه النطق بها فيما بعد.

٣- في بداية هذه المرحلة يصنع الطفل في معظم الكلمات التي يقلدها الأصوات نفسها التي كان يغلب عليه تكرارها في مرحلة (التمرينات النطقية).

٤- في بداية هذه المرحلة تكثر في لغة الطفل الأصوات اللينة (حروف المد)، وتقل الأصوات ذات المقاطع (الحروف الساكنة). فتنحرف بعض الأصوات الساكنة من الكلمة ويضم عليها أصواتا لينة غريبة عنه (فيقول: "كا با" ويقصد بها "كلب").

٥- في أواخر السنة الثانية تقريبا يظهر لدى الطفل م يسمى بالمحاكاة الموسيقية للعبارات، فيحاكي الطفل أحيانا بعض العبارات التي يسمعها، بأن يلفظ أصواتا مبهمة تمثل في تنغيمها موسيقى العبارة التي يريد محاكاتها بدون أن تشتمل على كلماتها وكأنه يحول قطعة شعرية إلى قطعة موسيقية حيث تصدر أنغاماً واضحة دون كلمات.

٦- يسير الطفل ببطء كبير في محاكاته بدون أن يستطيع النطق السليم بأكثر من بضع كلمات على الرغم من فهمه بمعظم ما يسمعه، ثم تحل عقدة لسانه مرة واحدة.

٧- في وسط هذه المرحلة وأواخرها تصل قوة التقليد اللغوي عند الطفل إلى أقصى ما يمكن أن تبلغه، ولا يقتصر ذلك على تقليد الكلمات والجمل التي دربه عليها المحيطون به، بل يحاكي كذلك من تلقاء نفسه كثيرا من الكلمات التي ترد في محادثات الكبار على مسمع منه. وكثيرا ما يبلغ به الحرص أن يكرر المفردات والعبارات في خلوته، ويؤلف من شتاتها أغاني وجملا غير ذات دلالة ولكنه يحاول بذلك تثبيت هذه الكلمات أو الجمل في ذهنه.

ثانياً: الخصائص المتعلقة بالدلالة والتراكيب اللغوية:

١- ضعف فهم دلالات كثير من الكلمات: ويظهر ذلك في: تحميل كلمات من المعاني أكثر مما تحمله ويستخدمها في غير موضعها، وهذا يدل على قصور تكوين المفاهيم، ويرجع ذلك إلى ضآلة محصول الطفل في الكلمات وحاجته إلى التعبير على أي وجه. كما أن الطفل في بداية هذه المرحلة يطلق اسم جنس على غير أفراده، لكن كلما تقدمت به السن وكثر محصوله اللغوي يزداد فهمه، وقدرته على التمييز تحديد معاني الكلمات فيتخلص من التعميم وتتميز لديه الأجناس ويطلق على كل منها الاسم الخاص به.

٢- في أوائل هذه المرحلة تبدو لغة الطفل بعيدة عن الصرف والاشتقاق، ومع تقدم الطفل في العمر يدرك العلاقة بين الكلمة ومشتقاتها، وتغير معناها أو زمنها – فتظهر حينئذ عناصر الصرف والاشتقاق في لغته.

٣- يميل الطفل إلى القياس والسير على وتيرة واحدة حيال جميع الكلمات – كأن يؤنث "حصان – حصانه"، "أحمر – أحمره" مثلما يقول: "قط – قطة".

٤- يستخدم كثير من الأطفال الكلمات المفردة قاصدا التعبير عن جمله: فيقول مثلا: "باب" قاصدا: "فتح الباب". وغالبا ما تفهم الأم غرض الطفل من السياق والظروف المحيطة به.

٥- تبدو تركيبات لغة الطفل ساذجة: فهي بمثابة كلمات بدون تنسيق ولا ترتيب، وانه يضع كلماتها بعضها بجانب بعض، وقد يرتب الطفل أحيانا كلمات جميلة بشكل يتفق مع ما لكل منها من أهمية في نظره.

٦- تتأثر مفردات الطفل وتراكيبها وقواعدها بأكثر الأفراد مخالطة له وأحبهم إليه؛ ويغلب على لغته مظاهر التقليد للغة هؤلاء، ومن ثم يعلق بلغة الطفل بعض الأخطاء في المفردات والقواعد والأساليب وأخطاء النطق الموجودة لديهم.

٧- أول كلمات تبدو عند معظم الأطفال هي الأسماء والمحسوسات، ثم تظهر بعد ذلك الأفعال ثم الصفات ثم الضمائر. وفي بداية هذه المرحلة يعبر عن نفسه

باسمه، ولا تظهر الحروف، والظروف، واسماء الشرط إلا في منتصف هذه المرحلة أو آخرها.

٨- يكثر في لغة الطفل في أول هذه المرحلة الكلمات المأخوذة عن أصوات الحيوان والأشياء فيطلق كلمة "كاكا" للتعبير عن الدجاجة، "ماء" للتعبير عن الخروف، "هو" للتعبير عن الكلب.

٩- يعتمد الطفل في هذه المرحلة اعتمادا كبيرا على دقة الإشارات فيمزجها بلغته الصوتية لتحديد مدلولها، وتكملة نقصها.

٣ – **النمو اللغوي خلال سنوات المدرسة الابتدائية:**

أ - نمو المحصول اللفظي:

تختلف تقديرات نمو المحصول اللفظي لطفل المدرسة الابتدائية بين الباحثين باختلاف العينات التي أجريت عليها التقديرات – ومن هذه التقديرات: أن الطفل عندما يلتحق بالمدرسة في سن السادسة يكون محصوله اللفظي حوالي ٢٥٠٠ كلمة تقريبا، وفي سن السابعة تقدر مفرداته بحوالي ٤٠٠٠ كلمة، وأن المفردات النشطة التي يستخدمها الأطفال في أحاديثهم وكتاباتهم في سن عشر سنين تقدر بحوالي ٥٤٠٠ كلمة، وفي سن الحادية عشرة حوالي ٧٤٠٠ كلمة، وفي الثانية عشرة من العمر تقدر هذه الحصيلة بحوالي ٩٠٠٠ كلمة.

ب – نمو التراكيب اللغوية:

عند دخول الطفل المدرسة يكون الطفل قادرا على استعمال جملة مكونة من ٥ – ٦ كلمات، وفي سن الثامنة يصل طول الجملة إلى ٩ر٦ كلمة في المتوسط، وفي سن العاشرة يصل طول الجملة إلى ٥ر٨ كلمة في المتوسط. وبنمو الطفل يحاول الطفل مراعاة التراكيب اللغوية الصحيحة.

- فالجمل الإسمية التي يستخدمها الطفل تتكون في الغالب من مبتدأ وخبر، والجمل الفعلية التي يستخدمها غالبا ما ترتبط بالاحداث المحيطة به، وتتكون الجمل في الغالب من فعل وفاعل وإن وجدت بعض الاخطاء المرتبطة بزمن الفعل

- يستطيع طفل المدرسة الابتدائية استخدام الضمائر المختلفة خاصة ضمير الغائب الذي لم يكن باستطاعته توظيفه جيدا في أحاديثه السابقة.
- ومن حيث الأساليب: يستطيع أطفال المدرسة الابتدائية استخدام أساليب النداء والشرط والاستفهام والتعجب، واستخدام الأساليب الإنشائية والخبرية، وصيغ المبني للمجهول والمبني للمعلوم بكفاءة.
- ومن حيث معاني الكلمات ومفاهيمها الخاصة: يستطيع الأطفال في سن المدرسة الابتدائية التمييز بين المترادفات واكتشاف الأضداد.

ج – نمو مهارات الاتصال:

تتحسن مهارات الاتصال اللغوي للطفل في هذا السن نظرا لنمو علاقات الطفل مع الأقران والمعلمين. ومن الملاحظ أن قدرات الطفل على الاتصال والتعبير في سن السابعة تصل إلى درجة جيدة، ويميل إلى المشاركة في النشاط الشفوي مشاركة طيبة، ويعبر عن نفسه بطلاقة بدون خوف أو تلعثم، وتزداد قدرته على الاتصال باللغة تدريجيا مع تقدمه في العمر. وتعتمد مهارات الاتصال والتعبير الشفوي عند طفل المدرسة الابتدائية على نمو ذخيرته اللغوية وقدرته على فهم المعاني والتعبير عنها.

د – مهارة القراءة:

نمو مهارة القراءة لدى طفل المدرسة الابتدائية في مراحل متدرجة على النحو التالي:

- مرحلة التأهب للقراءة: وتبدأ في سن ما قبل المدرسة، وتظهر في اهتمام الطفل بالصور والرسوم والقصص المصورة.
- مرحلة ربط الكلمة المطبوعة بالنطق الرمزي للصورة: ويتدرج من الإحساسات المباشرة للأشياء والأحداث، إلى التجريد أو التعميم والكلمات كرموز.
- مرحلة القراءة الفعلية: وتبدأ بتعرف الطفل على الحروف والكلمات وتحليل الكلمات إلى حروف، ثم تتقدم مهارة الطفل على القراءة الجهرية والصامتة. وتدل الدراسات على أن الطفل في نهاية الصف الثاني الابتدائي يستطيع أن يقرأ ٧٥ كلمة في الدقيقة قراءة جهرية، وفي الصف الثالث يستطيع أن يقرأ ضعف

هذا العدد من الكلمات، اما فيما بين ١١ – ١٢ سنة فإنه يمكن أن يقرا حوالي ٢٠٠ كلمة في الدقيقة.. ويجب في هذه المرحلة تشجيع التلاميذ على القراءة الصامتة من أجل الفهم، وعلى تحسين القراءة الجهرية، وتجنب تصحيح أخطاء الطفل حتى لا يشعر بالعجز والقصور.

هـ - الكتابـــة:

- يجب عدم البدء بتعليم الطفل الكتابة إلا بعد دخول المدرسة الابتدائية حتى تنمو عضلات الأصابع من إمساك القلم والتحكم في الكتابة وينمو التآزر البصري لديه.
- مع بدء تعلم الكتابة يكتب الطفل على مهله، وتظل قدرته على التعبير التحريري أقل من قدرته على الأداء الشفوي.
- قرب نهاية المرحلة الابتدائية تتحسن مهارات الطفل في الكتابة ويستطيع السيطرة على القلم، ويتعلم الكتابة بخط النسخ والرقعة. ويجب تدريب الطفل على تحسين الخط في الكتابة.. كما يجب تدريب الطفل على التعبير التحريري، وتشجيعه على تسجيل ملاحظاته عن الأحداث وتلخيص القصص التي يعجب بها.

جهاز اللغة والكلام

يشترك في النطق والكلام عدد من أجهزة الجسم تتفاعل مع بعضها البعض لإخراج الأصوات الكلامية، وهذه الأجهزة هي:

١ – الجهاز السمعي. ٢ – جهاز النطق.

٣ – الجهاز التنفسي ٤ – الجهاز العصبي.

وسوف نتناول هنا مكونات جهاز النطق والكلام والأجهزة المرتبطة به بشكل مباشر..

أولاً: جهاز النطق والكلام:

يقسم البعض جهاز النطق والكلام إلى عدة أقسام فرعية تشمل: أجهزة النطق، والجهاز الصوتي، وأجهزة الرنين (عبد المعطي الببلاوي: ٢٠٠٧).

١ – جهاز النطق:

يضم جهاز النطق عددا من الأعضاء التي لها دور رئيسي في عملية الكلام – منها: اللسان، الأسنان، الحنك، الشفتان، الفك السفلي.

أ - اللســان:

اللسان من أهم أعضاء النطق، وذلك لمرونته وكثرة حركته في الفم عند النطق، وهو يحتل حيزاً كبيرا داخل التجويف الفمي إضافة إلى وجود جزء منه في التجويف الحلقي. وتلعب عضلات اللسان دورا كبيرا في انتقال اللسان من وضع إلى آخر لتكييف الصوت اللغوي حسب أوضاعه المختلفة ليتمكن من إخراج مقاطع الكلمات والألفاظ بطريقة ملائمة.

ب – الأســنان:

هي من أعضاء النطق الثابتة ولها وظائف هامة في عملية النطق، إذ أنها تساعد في إخراج بعض الأصوات اللغوية. ولذلك فإن سقوطها أو اختلال تركيبها يؤدي غالبا إلى اضطراب الخصائص النطقية لهذه الأصوات. ويقسم علماء الأصوات الأسنان إلى قسمين حسب مخارج الحروف التي تشترك فيها:

- الأسنان العليا: وهي التي تشترك مع طرف اللسان في نطق صوت "ت – د"، كما تشترك مع الشفة السفلى في نطق حرف "ف"، وتشترك مع الأسنان السفلى وطرف اللسان في نطق صوت "ث".
- الأسنان السفلى: تشترك الأسنان السفلى مع العليا وطرف اللسان بينهما عند نطق أصوات "ث، ذ، ظ، ز".

جـ - الشفتــان:

هما عضوان متحركان في مدخل الفم، فيتكون كل منهما من طبقة عضلية دائرية تتصل بعدد من العضلات التي تنتمي إلى مجموعة عضلات الوجه، وتلك العضلات هي التي تساعد الشفتين في تغيير شكلي من استدارة، وانفراج، وانطباق.. وإلى غير ذلك من الأوضاع التي ترتبط بمخارج الحروف:

- فعندما تنطبق الشفتان انطباقا تاما فلا تسمحان للهواء بالتسرب – ثم تنفرجان بسرعة فيندفع الهواء خارجا عبرهما محدثا صوت (ب).
- وعندما تستدير الشفتان: يخرج صوت (و).
- وعندما تنفرجان انفراجا كبيراً يخرج صوت (الكسرة).

وتوجد درجات متباينة من الانطباق والانفتاح حسب الصوت المراد إخراجه.

د - اللثــة:

نسيج ليفي ضام يغطيه من كلا الجانبين الغشاء المخاطي، ويحيط بهذا النسيج بأصول الأسنان العليا والسفلى. وتنقسم اللثة إلى ضلعين: أحدهما أمامي والآخر خلفي.

- الضلع الأمامي (اللثة الأمامية): يبدأ من نهاية الأسنان العليا مباشرة ويمتد إلى أسفل والداخل: ويسهم في إنتاج أصوات (ت ، ن).
- والضلع الخلفي (اللثة الخلفية): يمتد من نهاية البروز إلى أعلى حتى بداية سقف الحنك: ويسهم في إنتاج أصوات (ط ، ز ، س).

هـ - الحـنك:

ويعرف بسقف الحنك. وينقسم إلى ثلاثة أجزاء:

- الحنك الصلب: وهو جزء عظمي يشمل ثلثي الحنك من الأمام، وهو يتسم بالصلابة ويفصل بين الفم والأنف. وهو يساهم مع اللسان في الاحتكاكات والاعتراضات الهوائية عند إخراج الأصوات اللغوية.
- الحنك اللين: ويعرف بسقف الحنك اللين الذي يقع في مؤخرة التجويف الفمي، ويشمل الثلث الخلفي للحنك وينتهي باللهاه. وهو بعد الجزء العضلي المتحرك الذي يفصل بين تجاويف الأنف والفم من جهة، وبين الفم والبلعوم من جهة أخرى.
- اللهاه: هي عضو لحمي صغير يتدلى من الطرف الخلفي للحنك، تربط الحنك بالبلعوم، تسد التجويف الأنفي فيسمح ذلك للهواء بالخروج من الفم وذلك عند نطق الأصوات الفمية فيخرج منها أصوات حروف (خ، غ، ق). وعندما تهبط إلى أسفل تسمح للهواء بالمرور من التجويف الأنفي وذلك عند نطق الأصوات الأنفية (م ، ن).

و - الفك السفلي:

هو العظمة الوحيدة القابلة للحركة من عظام الوجه، ويتكون من غضاريف وعضلات ونسيج ضام يساعده على الحركة. ووفقا لمقتضيات الكلام: فعند نطق حرف "أ" نرى انخفاض الفك السفلي، بينما يرتفع عند نطق حرف " ي". وهكذا بالنسبة لبنية الأصوات – مع تفاوت درجة انخفاض الفك حسب طبيعة الصوت اللغوي.

٢ - الجهاز الصوتي:

ويتألف من: الحنجرة، والأوتار الصوتية:

أ - الحنجرة:

عبارة عن صندوق صوتي غضروفي يقع بين القصبة الهوائية من أسفل وجذر قاعدة اللسان من أعلى، وأمام المرئ مباشرة. وتقوم الحنجرة بوظيفتين:

- فهي الحارس الذي يحمي الرئتين من تسلل أي جسم غريب مع الهواء الذي يمر إليها أثناء البلغ.
- كما أن لها دورا هاما في عملية إخراج الأصوات اللغوية.

وتتكون الحنجرة من عدة غضاريف تتصل ببعضها بأربطة وعضلات تسمح لأجزائها بالحركة اللازمة للتنفس وإخراج الأصوات اللغوية. وتتكون الحنجرة من عدة غضاريف – أهم هذه الغضاريف ذلك الغضروف المعروف بلسان المزمار: وهو عبارة عن نسيج ليفي غضروفي مثلث الشكل يشبه ورقة الشجرة، وله سطحان: أحدهما علوي: وهو السطح اللساني الذي يواجه جذر اللسان، والآخر سفلي: وهو الذي يواجه فتحة الحنجرة.

وتتشكل فتحة المزمار حسب طبيعة الصوت: فإذا كان الصوت مهموسا، كانت الفتحة في وضع انفتاح، وإذا كان الصوت مجهورا كانت في وضع فتح وإقفال متكرر، وإذا كان الصوت مشوشا كانت في وضع تضييق، وقد تكون الفتحة مقفلة أحيانا مع صوت الهمزة.

ب – الأوتار الصوتية:

وهي ما تعرف بالأحبال الصوتية. ويوجد نوعان من الأوتار الصوتية:

- الوتران الصوتيان الحقيقيان: وهما يلعبان دورا هاما في عملية إصدار الأصوات اللغوية إذ تدفعهما عضلات الحنجرة إلى اعتراض تيار الزفير. وهناك نوعان من الاعتراض:
  - الاعتراض الكامل: ويعرف بالوقفة الحنجرية لانطباق الوترين الصوتيين انطباقا تاما.
  - والاعتراض الجزئي: يقترب فيه الوتران الصوتيان من بعضهما فيعترضان هواء الزفير فيحدث ما يسمى بالجهر.
  - أما عندما يكون الوتران الصوتيان متباعدين أو يقتربان من بعضهما اقترابا لا يسمح لهما بالتذبذب وهو ما يعرف الهمس.
- الوتران الصوتيان الزائفان: وقد سميا بذلك لأنه ليس لهما أي دور في عملية إصدار الأصوات اللغوية.

٣ - أجهزة الرنين:

وتشمل عدة تجاويف هي: التجويف الحلقي البلعومي، والتجويف الفمي، والتجويف الأنفي، وهذه التجاويف تلعب دورا بارزا في عملية إصدار الأصوات اللغوية.

أ – التجويف الحلقي البلعومي:

يقع بين الحنجرة ونهاية اللسان في بداية فتحة التشكيل الصوتي، وله دوره في الوظيفة الكلامية وينقسم هذا التجويف إلى ثلاث مناطق:

- البلعوم الأنفي: وهو تجويف خلف الأنف مباشرة، ويلعب دورا هاما في إصدار الأصوات فحينما يغلق الصمام المعرف "بالصمام اللهوي البلعومي" فإنه يسمح للهواء بالخروج من التجويف الأنفي مما يكسب الأصوات صفة الأنفية مثل صوت "ن" ، "م".
- البلعوم الفمي: وهو تجويف يقع خلف تجويف الفم – ويعد من أهم تجاويف الرنين لإصدار الأصوات اللغوية.
- البلعوم الحنجري: ويشكل الحد الخلفي للحنجرة، ويتصل بالحنجرة عن طريق لسان المزمار.

ب – التجويف الأنفي:

وهو تجويف ينفتح إلى الخارج بالمنخرين وينقسم إلى ثلاث غرف زوجية تمتد من الأمام إلى الخلف. وتتمثل وظيفة التجويف الأنفي الصوتية في الرنين الصادر عند مرور الهواء عبر هذا التجويف. هذا الرنين ينتج عن تردد الرقيعين الصوتيين فيخرج منه الصوت "م"، "ن".

ج – التجويف الفمي:

ويشمل الأعضاء التي سبق الحديث عنها، وله دور أساسي في إصدار الأصوات اللغوية.

ثانياً: الجهاز العصبي:

١ – المخ:

يتكون المخ من ثلاثة أجزاء رئيسية يقوم كل منها بوظيفة منفردة، وإن كان جميعها يقوم بهذه الوظائف بتناسق وتناغم مع الأجزاء الأخرى.

أ – النصفان الكرويان:

١- **نصف الكرة الأيسر:** وهو يلعب دوراً هاما في اللغة والكلام: إذ يتحكم في الاستماع، والكلام، والقراءة والكتابة، ومعالجة اللغة، والقدرة الرياضية والتعليمية، وتسلسل العمليات الفكرية – وذلك بالنسبة للذين يستخدمون اليد اليمنى، ومعظم الذين يستخدمون يسراهم. لذلك فإن إصابة هذا النصف يؤدي إلى العمه أو الصمم الكلامي: وهو نوع من الأفيزيا الحسية، والمصاب بها يفقد القدرة على فهم الكلام المسموع وإعطائه دلالته اللغوية، وينتج عن ذلك إبدال أو حذف بعض الأصوات، أو استخدام كلمة في غير موضعها من الكلام، ويصبح الكلام غامضا ومتداخلا وغير مفهوم.

٢- **النصف الأيمن:** يختص بإدراك الأصوات اللغوية، ومهارات التقدير الفراغي البعدي المرتبط بالحيز المكاني، والمواهب الفنية.

ب – فصوص المخ:

ينقسم كل نصف من نصفي المخ إلى أربعة فصول هي:

١- الفص الجبهي: وهو مركز الوظائف العقلية العليا.

٢- الفص الجداري: ويختص بالإحساسات الجسدية، كما يلعب دورا في الوظائف المعرفية كالذاكرة قصيرة المدى والذاكرة العاملة.

٣- الفص الصدغي: مختص بمناطق الإحساس السمعي الأولية وما يجاورها من مناطق الترابط السمعي. لذلك: فإن تلف هذه المناطق يضعف القدرة على إدراك الأصوات، وينتج عنه عجز في فهم وتفسير معاني الأصوات المسموعة.

٤- الفص القفوي أو المؤخري القذالي: وهو مسئول عن استقبال السيالات العصبية وإدراكها.

المناطق المسئولة عن الكلام في المخ:

وضع العلماء خرائط تفصيلية لوظائف المناطق المختلفة من المخ – من هذه الخرائط: خريطة برودمان Brodman – والمناطق المسئولة عن الكلام في المخ، ما يلي:

١- المنطقة (٣٩) "أسفل الفص الجداري: وهي المسئولة عن تحويل المثير البصري إلى شكل سمعي، فهي تسهل القراءة البصرية، وكل ما يحتاج إلى الربط بين المثيرات البصرية ومناطق الكلام.

٢- المنطقتين (٤١)، (٤٢) تقعان في الجزء الخلفي للتلفيف الصدغي الأول: وهي تختص بتسجيل الأصوات بكل صفاتها (التردد، الشدة، التركيب).

٣- المنطقة (٢٢) تقع في المخ الخلفي للتلفيف الصدغي الثاني وتعرف بمنطقة فيرنكه Wernice's area ولذلك فإن إتلاف هذه المنطقة يؤدي إلى العمه السمعي حيث يفقد المصاب القدرة على تفسير الأصوات المسموعة وإدراك دلالتها، ولكنه إذا طلب منه قراءة ما سمعه فإنه يقرأ وبشكل صحيح.

٤- المنطقة (٤٤)، وتعرف بمنطقة بروكا Broca's area وتوجد في التلفيف الجبهي الثالث وهي المسئولة عن تشكيل وبناء الكلمات "الجمل" أي تنظيم أنماط الكلام.

٢ - **الجهاز العصبي المحيطي:**

من بين الأعصاب ذات العلاقة بعملية النطق والكلام – ما يلي:

أ – العصب البصري: وإصابته تؤدي إلى فقد العين قوة الإبصار وانحصار قوة الرؤية في الأشياء الأمامية فقط.

ب – العصب البكري: وإصابته تؤدي إلى فقد الإحساس بالغشاء المخاطي لتجويف الأنف والفم واللسان.

ج – العصب الوجهي: إصابته تؤدي إلى تعذر إخراج كثير من الألفاظ صحيحة من مخارجها.

د – العصب السمعي: إصابته تؤدي إلى الصمم أو ضعف الإحساس السمعي.

هـ - العصب اللساني البلغومي: إصابته تؤدي إلى شلل العضلة الأبرية البلعومية وضعف حركة اللسان مما ينعكس عن نطق الحروف.

هـ - العصب الحائر أو المبهم: وإصابته تؤدي إلى فقدان إحساس الغشاء المخاطي للحنجرة وضعف عضلاتها، مما يؤدي إلى اضطرابات الصوت.

ز - العصب تحت اللساني: وإصابته تؤدي إلى شلل عضلات البلعوم والحنجرة واللسان، ومن ثم ضعف القدرة على النطق واضطراب الصوت.

ثالثاً: الجهاز السمعي:

الذي يهمنا في هذا الصدد: أن السمع ضروري لاكتساب سلوكيات اللغة والكلام بشكل طبيعي، وهناك حقيقة بسيطة تقول أن الأطفال يكتسبون اللغة التي يسمعونها. كما أن السمع ضروري لإدراك الكلام يكون فهم الكلام صعبا، ولو لم يتم إدراك الكلام أو فهمه يتم إعاقة التواصل.

كما أن السمع الطبيعي ضروري أيضا لمتابعة إنتاج الشخص لكلامه. بمعنى أن ميكانيزم السمع يقدم تغذية راجعة لأداة الكلام، ووفقا لهذه التغذية تقوم بعمل التعديلات (الببلاوي: ٢٠٠٥)، والذي يهمنا هو أن خلل أي عضو من أعضاء السمع ينتج عنه ضعف السمع ومن ثم اضطراب اكتساب الكلام، واضطراب النطق.

رابعاً: الجهاز التنفسي:

يتكون الجهاز التنفسي من الأنف، والبلغوم، والقصبة الهوائية والرئتين والهيكل الصدري والحجاب الحاجز.

والذي يهمنا في هذا الصدد أن عملية التنفس شهيقا وزفيرا تلعب دورا حيويا في الكلام، أو أن هواء الزفير من الجهاز التنفسي يعد القوة المحركة للجهاز الصوتي وأعضاء النطق، وأثناء الكلام يمضي الفرد ١/٦ من وقته تقريبا في عملية استنشاق الهواء (الشهيق) والباقي في عملية الزفير، ويختلف ذلك حسب الحالة التي يكون عليها الشخص – أي تختلف حالة الكلام العادي عنه في حالة الغضب أو الغناء (الببلاوي: ٢٠٠٥).

تصنيف اضطرابات اللغة والكلام

تتعدد تصنيفات اضطرابات اللغة والكلام وتختلف باختلاف الأساس الذي اعتمد عليه التصنيف. فمن التصنيفات ما اتخذت أسباب العلة أساسا للتصنيف، ومنها ما اتخذت من العمر الزمني أساسا لتصنيف اضطرابات اللغة والكلام، ومنها ما اتخذت من الأعراض أو المظهر الخارجي لاضطرابات الكلام أساسا لتصنيفها.

وفيما يلي هذه التصنيفات لاضطرابات اللغة والكلام.

أولاً: تصنيف اضطرابات الكلام على أساس أسباب العلة:

وهي اضطرابات كلامية تركز على مسببات اضطرابات اللغة والكلام أو العلة إلى حدوثها، وبناء على ذلك تم تصنيف هذه الاضطرابات إلى نوعين:

١ – اضطرابات الكلام العضوية:

وهي اضطرابات الكلام التي ترجع لأسباب أو عيوب عضوية، من هذه الاضطرابات:

أ - اضطرابات الكلام التي ترجع إلى عيب أو تشوه في الجهاز الكلامي (كشق الحنك والشفتين، اضطرابات حركة الفكين أو بروز أحدهما، وعدم انتظام الأسنان) مما يؤدي إلى اضطرابات النطق، واضطرابات الصوت.

ب – اضطرابات الكلام التي ترجع إلى ضعف في الجهاز السمعي (كالصمم الولادي، أو ضعف السمع المكتسب). ومنها: ضعف الحصيلة اللغوية، اضطراب اللغة الاستقبالية، واضطراب اللغة التعبيرية.

ج – اضطرابات الكلام التي ترجع إلى نقص القدرة العقلية العامة، ومنها: تأخر الكلام، ضعف الحصيلة اللغوية، اضطرابات النطق والكلام.

د – اضطرابات الكلام التي ترجع إلى الإصابات العضوية في المخ (كالشلل الدماغي)، ومنها: احتباس الكلام (الأفيزيا)، وشلل عضلات النطق، الخلل في اختيار وتتابع الكلام (الأبراكسيا).

٢ - **اضطرابات الكلام الوظيفية:**

وهي اضطرابات ترجع العلة والاضطراب فيها إلى أسباب وظيفية – بمعنى: أن المصاب لا يشكو من أي نقص في الجهاز الكلامي أو السمعي – ولكن قدرة الفرد على التعبير تتأثر بعوامل غير عضوية كالاضطرابات النفسية والانفعالية، من ذلك:

أ - اللجلجة في الكلام.

ب – فقدان الكلام الهستيري.

ج – الصمت القهري الموقفي (البكم الاختياري).

ثانياً: تصنيف اضطرابات الكلام على أساس العمر:

وهي تركز على العمر الذي حدثت فيه بداية اضطرابات الكلام، وبناء على ذلك تصنف إلى:

١ - **اضطرابات الكلام الولادية:**

وهي اضطرابات الكلام التي تنشأ لأسباب ولادية كالولادة المبتسرة، وتنعكس آثارها على الطفل في الوقت الذي يبدأ فيه الكلام – من ذلك:

أ – اضطرابات ومشكلات اللغة والكلام الناشئة عن التخلف العقلي.

ب – اضطرابات ومشكلات اللغة والكلام الناشئة عن الإعاقة السمعية الولادية.

ج – اضطرابات ومشكلات اللغة والكلام الناشئة عن خلل عضوي ولادي في الجهاز الكلامي.

٢ – **اضطرابات الكلام المكتسبة:**

وهي اضطرابات الكلام التي حدثت للأطفال أو الكبار بعد اكتسابهم اللغة والكلام. من هذه الاضطرابات ما يلي:

أ - فقدان الكلام نتيجة إصابة دماغية.

ب – اللجلجة في الكلام نتيجة لصدمة انفعالية طارئة بعد أن كان يتحدث بطلاقة.

ج – صعوبات التواصل لدى كبار السن نتيجة فقدان قدرتهم السمعية.

د – صعوبات الكلام نتيجة إزدواجية اللغة.

ثالثاً: تصنيف اضطرابات الكلام على أساس السلوك اللغوي:

استخدم بلوم ولاهي Bloom & Lang السلوك اللغوي لتصنيف اضطرابات النطق والكلام – على النحو التالي:

أ – تأخر النمو اللغوي.

ب – اضطرابات شكل وصيغ الكلام.

ج – اضطرابات المحتوى أو مضمون الكلام.

د – اضطرابات الاستخدام.

هـ – تفكك المحتوى، حيث لا يتفق الكلام مع الموقف.

كما أورد الشخص (١٩٩٧) تصنيفا لاضطرابات النطق والكلام عند الأطفال على أساس السلوك اللغوي في الفئات التالية:

أ – الأطفال الذين لم تقم لديهم أي لغة لفظية على الإطلاق (الأطفال الصم).

ب – الأطفال الذين يعانون من اضطراب في الكفاءة اللغوية (الكلام الطفلي).

ج – الأطفال المتأخرون في الكلام.

د – الأطفال المعوقون لغويا (المعاقون عقليا).

رابعاً: تصنيف اضطرابات الكلام على أساس الأعراض:

توجد تصنيفات متعددة لاضطرابات الكلام على أساس أعراضها. ومن هذه التصنيفات:

<u>١ – تصنيف الدليل التشخيصي الأمريكي للاضطرابات العقلية DSM IV (١٩٩٤):</u>

أورد DSM IV (١٩٩٤) اضطرابات اللغة والكلام تحت عنوان اضطرابات التواصل Communication disorder وصنفها على النحو التالي:

أ – اضطراب اللغة التعبيرية Expressive language disorders.

ب – اضطراب اللغة التعبيرية والاستقبالية المختلط.

ج – الاضطرابات الصوتية Phonological disorders.

د – اللجلجة في الكلام.

هـ - اضطرابات التواصل غير المحدد.

٢ – تصنيف منظمة الصحة العالمية لاضطرابات اللغة والكلام:

ورد بالدليل التشخيصي للأمراض ICD-10 الصادر من منظمة الصحة العالمية عام (١٩٩٢) التصنيف التالي لاضطرابات اللغة والكلام:

أ – اضطرابات خاصة بنطق الكلام.

ب – اضطرابات اللغة التعبيرية.

ج – اضطرابات اللغة الاستقبالية.

د – الحبسة الناتجة من الصرع.

٣ - تصنيف الرابطة الأمريكية للكلام واللغة والسمع:

وصنفت الرابطة الأمريكية للسمع والكلام (ASHA) American Speech & Language Association اضطرابات اللغة والكلام على النحو التالي:

أ – اضطرابات النطق، الإبدال والحذف، والتشويه.

ب – اضطرابات الصوت، الطبقة، العلو، النوع.

ج – اضطرابات الطلاقة اللجلجة أو التلعثم في الكلام.

د – اضطرابات اللغة: الحبسة، تأخر الارتقاء اللغوي (الرشيدي وآخرون: ٢٠٠٠).

٤ – تصنيفات أخرى لاضطرابات اللغة والكلام:

وقد صنف الزراد (١٩٩٠) اضطرابات اللغة والكلام في ستة فئات – هي:

أ – اضطرابات الكلام – ومنها: تأخر الكلام وضعف المحصول اللغوي، التهتهة، اللجلجة، احتباس الكلام، الكلام الحاد الانفجاري، السرعة الزائدة، بطء الكلام،

الكلام غير المترابط، خلط الكلام، حذف الكلام، الثرثرة، تدفق الكلام، تشتت الكلام، تطاير الأفكار أثناء الكلام، المبالغة في التورية..

ب – اضطرابات النطق: إبدالية، تحريفية، حذف، أو إضافة، والضغط.

ج – اضطرابات الصوت: ارتفاع وانخفاض الصوت، الفواصل للطبقة الصوتية، الصوت المرتعش أو المهتز، الصوت الرتيب، بحة الصوت، الصوت الهامس، الخنة، الصوت الطفلي، انعدام الصوت.

د – عيوب النطق الناجمة عن نقص في القدرة السمعية.

هـ - عيوب النطق الناجمة عن نقص في القدرة العقلية.

و – عيوب الكلام والنطق الناجمة عن حالات نفسية عصابية.

كما أورد يوسف (١٩٩٧) تصنيف اضطرابات النطق والكلام (العيوب الكلامية) في الأشكال التالية:

أ - التأخر في قدرة الأطفال على الكلام.

ب – احتباس الكلام أو فقد القدرة على التعبير.

ج – العيوب الإبدالية: وهي عيوب تتصل بطريقة النطق أو تقويم الحروف وتشكيلها.

د – الكلام الطفلي.

هـ - الكلام التشنجي.

ز – العيوب الصوتية.

ح – العيوب التي تتصل بطلاقة وانسيابية التعبير وأهمها اللجلجة والتلعثم.

ط – عيوب النطق الناجمة عن نقص في القدرة السمعية وفي القدرة العقلية.

الفصل الثالث

تأخر الكلام

- مقدمة.
- تعريف تأخر الكلام.
- نمو الحصيلة اللغوية عند الأطفال العاديين.
- مظاهر تأخر الكلام.
- معدل الانتشار.
- العوامل المرتبطة بتأخر الكلام.
- تقييم وتشخيص تأخر الكلام.
- التدخل العلاجي لرعاية الطفل متأخر الكلام.

الفصل الثالث
تأخر الكلام

مقدمــة:

التحدث والكلام أمر طبيعي، وعدم القدرة على التحدث أو التعبير بالكلمات أمر غير طبيعي، وغالبا ما يعبر الآباء عن قلقهم على نمو اللغة لدى أطفالهم في سن المشي أو في مرحلة ما قبل المدرسة، وهذا أمر هام لأن اللغة مهارة بشرية هامة ووقتها ونموها منتظمين تقريبا ويمكن ملاحظتها بسهولة.. والآباء الذين لديهم طفل تجاوز الثانية من عمره ولم يتكلم بعد فإنهم لا يتبينون الأمر، ولكن يلاحظون أن معظم الأطفال في سن عامين يكونون كذلك، ولكن تعلق الآباء يزداد مع تقدم الطفل في العمر وهو مازال غير قادر على التعبير والكلام.

وقد اعتقد بعض الباحثين أن الاهتمام بتأخر الكلام أو ضعف المحصول اللغوي عند الأطفال مضيعة للوقت والجهد، وأن الطفل مع تقدم العمر وزيادة نضجه سوف ينمو محصوله اللفظي. غير أن الاهتمام بمثل هؤلاء الأطفال ورعايتهم كان له أثر كبير في نمو اللغة اللفظية لديهم بصورة جيدة، كما أدى إلى تجنيبهم مخاطر اضطرابات اللغة والكلام في المستقبل أو أي مضاعفات أخرى قد تنتج عن تأخر الكلام لديهم.

ويهتم بتأخر الكلام أخصائيو اللغة والكلام والتخاطب، والأخصائيون النفسيون، والأطباء القائمين على رعاية الأطفال.. وهذا الاهتمام له أساس جيد، لأن هناك عدد من المشكلات النمائية تصاحب البداية المتأخرة للكلام، كما أن تأخر الكلام له تأثير ذو دلالة على الحياة الشخصية والاجتماعية والأكاديمية للفرد، وفيما بعد على الحياة المهنية. بالإضافة إلى أن اكتشاف تلك الإعاقة في وقت مبكر، والتدخل الملائم من الممكن أن يخفف من الاضطرابات الانفعالية والاجتماعية والمعرفية، ويؤدي إلى نتائج جيدة (Fischel, et al., 1998, Alexander et al., 1999).

تعريف تأخر الكلام:

أن الأطفال ممن لديهم اضطراب في فهم رموز اللغة، أو في الكلام برموز اللغة مقارنة بأقرانهم في المستوى العمري العادي – قد يكون لديهم صعوبة في واحدة أو أكثر من وظائف اللغة.

ويعرف بعض العلماء تأخر النمو اللغوي بأنه: نمو منتظم ولكنه يتقدم بمعدل أبطأ من النمو العادي، ويكون أقل بشكل جوهري من مستوى الأداء اللغوي المناسب للعمر الزمني للطفل. فالطفل الذي لديه تأخر لغوي يبدي انحرافا عن النمط العادي في تعلم رموز اللغة (الرشيدي: ٢٠٠١).

وعلى ذلك فإن الأطفال المتأخرين في الكلام: هم الأطفال الذين يعانون من بطء معدل النمو اللغوي. فالسلوك اللغوي لهم يماثل السلوك اللغوي لأقرانهم العاديين ماعدا أنه غير مناسب لعمرهم الزمني.. فالعلاقة بين الفهم والمحاكاة والإنتاج اللغوي تماثل العلاقة بين هذه الجوانب لدى الأطفال العاديين – فهم يمرون بمراحل النمو اللغوي العادية: كلمة – كلمتين – جملة.. إلخ. بيد أن لغتهم تماثل لغة الأطفال العاديين الأصغر منهم. فالطفل البالغ من العمر أربع سنوات قد تكون لغته مماثلة لطفل عمره عامين فقط. (الشخص: ١٩٩٧).

نمو الحصيلة اللغوية عند الأطفال العاديين:

سبق أن أوضحنا أن اللغة أو الكلام يتقدم من خلال مراحل تتدرج من الاستجابات المنعكسة التي تبدأ مع الميلاد إلى المناغاة، إلى الحروف التلقائية، إلى التقليد والاستجابات اللغوية، إلى مرحلة المعاني ثم مرحلة الكلام. وفي مرحلة الكلام ينمو المحصول اللغوي والمفردات والجمل من حيث الطول والتركيب وسلامة النطق.. وقد درست سميث Smith النمو اللغوي للأطفال في المرحلة العمرية من (٨) شهور إلى (٦) سنوات لمعرفة أثر كل من النضج والمرحلة العمرية على نمو واكتساب اللغة.

جدول (١)

العمر ومعدل النمو اللغوي

العمر		عدد الكلمات	معدل الزيادة
شهر	سنة		
٨	-	-	-
١٠	-	١	١
-	١	٣	٢
٣	١	١٩	١٦
٧	١	٢٢	٣
٩	١	١١٨	٩٦
-	٢	٢٧٢	١٥٤
٦	٢	٤٤٦	١٧٤
-	٣	٨٩٦	٤٥٠
٦	٣	١٢٢٢	٣٢٦
-	٤	١٥٤٠	٣١٨
٦	٤	١٨٧٠	٣٣٠
-	٥	٢٠٧٢	٢٠٢
٦	٥	٢٢٨٩	٢١٧
-	٦	٢٥٦٢	٢٧٣

وعلى ذلك: يستحسن نطق الطفل، وتزداد عدد مفرداته بعد النصف الثاني من السنة الثانية، حيث يزداد متوسط عدد المفردات التي يستخدمها الطفل بازدياد العمر، وبازدياد ما يتعلمه في المجال اللفظي وبازدياد المصادر المتاحة لمواجهة مشاكل جديدة.

بالإضافة لذلك فإن متوسط عدد كلمات الطفل يزداد في الجملة بشكل كبير، ففي البداية تشيع الجمل البسيطة (الكلمة الجملة ــ الجملة ذات الكلمتين)، ثم يزداد طول الجملة وتزداد عدد مفرداتها بتقدم العمر.

جدول (٢)

عدد الكلمات في الجملة من عمر سنتين إلى خمس سنوات

العمر		عـــدد الحالات	متوسط عدد الكلمات في الجملة الواحدة
شهر	سنة		
-	٢	١١	٧ر١
٦	٢	١٨	٤ر٢
-	٣	١٧	٣ر٣
٦	٣	٢٣	-ر٤
-	٤	١٧	٣ر٤
٦	٤	٢٢	٧ر٤
-	٥	١٦	٦ر٤

كما أجريت دراسات عديدة لتقدير حجم مفردات الأطفال في المرحلة الابتدائية فذكرت بعض الدراسات أن الطفل عندما يلتحق بالمدرسة في سن السادسة يكون عدد المفردات التي يعرفها حوالي ٢٥٠٠ كلمة تقريبا، وأن عدد مفرداته في سن السابعة يقدر بحوالي ٤٠٠٠ كلمة، كما أن المفردات النشطة التي يستخدمها الأطفال في أحاديثهم وكتاباتهم في سن عشر سنين تقدر بحوالي ٥٤٠٠ كلمة، وفي سن الحادية عشرة حوالي ٧٤٠٠ كلمة، وفي الثانية عشرة من العمر تقدر هذه الحصيلة بحوالي ٩٠٠٠ كلمة، وقدر البعض مفردات الطفل في المدرسة الابتدائية بحوالي ١٩ ألف كلمة..

بالإضافة لذلك: فإن الطفل عند دخول المدرسة يكون قادرا على استعمال جمل تتكون من ٥ ــ ٦ كلمات، وتنمو فيما بعد قدرة الطفل على استخدام الجمل المركبة، فيصل طول

الجملة في سن الثامنة إلى ٩ر٦ كلمة في المتوسط، وفي سن العاشرة يصل طول الجملة إلى ٥ر٨ كلمة في المتوسط (شاش: ٢٠٠٦).

مظاهر تأخر الكلام:

يأخذ تأخر الكلام عند الأطفال صورا وأشكالا عدة – منها:

١ – تأخر بدء الكلام:

فالطفل العادي يبدأ نطق الكلمة الأولى قرب نهاية السنة الأولى أو مستهل السنة الثانية وهي ما تسمى بمرحلة الكلمة الواحدة، حيث يستعمل الطفل كلمة واحدة في التعبير عما يريد، وعند منتصف السنة الثانية يبدأ في استخدام جملة مكونة من كلمتين.. وهكذا.. أما الطفل المتأخر لغويا فإنه لا ينطق الكلمة الأولى إلا خلال السنة الثالثة، أو قرب نهايتها.

٢ – ضآلة المفردات أو ضعف المحصول اللغوي:

فقد وجد بعض الباحثين أن الطفل المتأخر لغويا تقل عدد مفرداته عن الطفل العادي في نفس العمر والجنس بحوالي ٤٠٠ – ٨٠٠ كلمة. فالطفل في عمر (٤) سنوات متوسط المحصول اللغوي عنده يتراوح بين ٧٠٠ – ٨٠٠ كلمة، بينما المحصول اللغوي للطفل العادي في نفس العمر يصل إلى حوالي ١٥٤٠ كلمة.

٣ – صعوبة النطق: ويبدو ذلك في:

أ – ثقل اللسان وعدم القدرة على النطق.

ب – عدم إظهار الكلام أو إضغام الحروف.

ج – إحداث أصوات معدومة الدلالة كوسيلة للتخاطب والتفاهم على الرغم من أن الطفل قد تقدمت به السن التي تسمح له أن يستعمل اللغة استعمالا ميسوراً.

د – استعمال الطفل لغة خاصة ليس بمفرداتها أية دلالة لغوية، كأن يستعمل ألفاظا مدغمة متداخلة بدرجة لا تسمح للسامع بمتابعتها أو معرفة دلالاتها.

٤ - عدم القدرة على التعبير اللغوي:

أ - تعذر تسمية الأشياء المألوفة.

ب – صعوبة الإجابة عن الأسئلة الواضحة التي توجه إليه والاكتفاء بالإجابة "بنعم" أو "لا"، أو الاقتصار على الإجابة بكلمة واحدة عما يوجه إليه من أسئلة.

ج – الصمت أو التوقف في الحديث للتعبير عن المقصود لدرجة أنه بيخيل للمتحدث مع الطفل أنه طفل أصم أبكم.

د – تعبير الطفل عما يريد بإشارات أو إيماءات مختلفة بالرأس أو اليدين.

٥ – **الكلام الطفلي:**

من المفترض أن ينتشر هذا الكلام بين الأطفال الصغار، إذ يغير الطفل أصوات الحروف فيحل محل الصوت الأصلي صوتا آخر قريبا منه في المخرج أو بعيدا عنه: كأن ينطق الكاف تاء، أو ينطق الشين سيناً، أو يحرف أصوات الكلمة عن مواضعها فيجعل اللاحق منها سابقا والسابق لاحقا... إلخ. والطفل في العادة يحاول ترديد ما يسمعه ولكنه لا يبذل الجهد المطلوب، وغالبا ما يلغي كثيرا من التفاصيل التي تكون أكثر صعوبة عليه، فقد يلغي نطق بعض الحروف الصعبة في بعض الكلمات لأن نطقها يتطلب جهدا، وبعد تعلم هذا النطق الخطأ يتمسك به ويكرره بحكم العادة.. وغاليا ما يختفي هذا الكلام الطفلي في المعتاد قبل بلوغ سن المدرسة ويخطئ الكبار حين يقلدون نطق الأطفال ويرددونه مما يجعل الطفل لا يقلع عن هذا النطق الخاطئ.

(فهمي: ١٩٧٦، الزراد: ١٩٩٠، كرم الدين: ٢٠٠٤، McRac & Vickar, 1991)

معدل الانتشار:

من الصعب تحديد الأشكال الدقيقة التي توثق انتشار تأخر الكلام عند الأطفال.. ويرجع ذلك:

أ - تداخل المصطلحات المعبرة عن تأخر الكلام عند الأطفال.

ب – الاختلاف في المعايير والمحكات التشخيصية لتأخر الكلام.

ج – عدم ثبات وعدم دقة الملاحظات الوالدية المرتبطة بتأخر الكلام.

د – الافتقار إلى إجراءات تشخيصية موثوق بها.

هـ - مشكلات الطرق المنهجية في البيانات الاسترجاعية المتعلقة بتأخر الكلام.

ومن ثم:

فقد اختلفت التقديرات لمعدل انتشار حالات تأخر الكلام، فقد قدرت نسبة انتشار تأخر الكلام بحوالي ٣ - ٥% من مجموع الأطفال في سن ما قبل المدرسة، وقدرت في تقديرات أخرى وجد أن تأخر الكلام مشكلة شائعة في مرحلة الطفولة تؤثر على ٣ - ١٠ % من الأطفال، وأن هذا الاضطراب يكثر لدى الأولاد بأكثر من أربعة أضعاف ما لدى البنات.. بالإضافة لذلك فإن اضطراب تأخر الكلام تتراوح نسبته بين ٢٠ - ٢٥% من اضطرابات الكلام عند الأطفال، وتكثر هذه الحالات بين عمر ٤ - ٥ سنوات (الزراد: ١٩٩٠ و Aleander, et al., 1999).

ولقد أوضحت بعض الدراسات انتشار تأخر اللغة التعبيرية والشديدة بنسبة ١٣% لدى الأطفال الفقراء، ٧% لدى أطفال الطبقة الوسطى فيما بعد سن ٢٤ شهر (Fischel, et al., 1998).

العوامل المرتبطة بتأخر الكلام:

ان تأخر الكلام يعد علامة ظاهرة للعديد من الاضطرابات، إذ يعزي تأخر الكلام إلى عدة أسباب - منها: التخلف العقلي، ضعف السمع أو فقدانه، عدم سلامة الحواس الأخرى، الإصابات الجسمية والعضوية، تأخر النضج، اضطراب اللغة التعبيرية، ازدواجية اللغة، الحرمان النفسي والاجتماعي، التوحد، الخرس والبكم/الاختياري، الأفيزيا الاستقبالية، الشلل الدماغي.. إلخ. وفيما يلي نعرض لهذه الأسباب:

١ - التخلف العقلي Mental retardation:

أشهر أسباب تأخر الكلام هو التخلف العقلي، حيث أن التخلف العقلي يؤدي إلى ما يزيد على ٥٠% من حالات التأخر اللغوي. فالطفل المتخلف عقليا لديه تأخر عام في اللغة، وتأخر في اكتساب الكلام، وفي مدى قدرته على استعمال اللغة في التعبير، وقلة المفردات، وارتباط الأفكار بالمحسوسات، واضطراب في النطق، وتأخر الفهم السمعي للكلمات، وتأخر في استخدام الإيماءات... إلخ. وغالبا ما تتفاوت هذه العيوب تبعا لدرجة الضعف العقلي: فكلما ازدادت شدة التخلف العقلي انخفض اكتساب الكلام وعملية

التواصل باللغة، ويكون نمو الكلام متأخراً نسبيا لدى الأطفال المتخلفين عقليا عن باقي مجالات النمو الأخرى.

٢ – الضعف السمعي أو فقدان السمع: Hearing Loss

أن سلامة السمع في السنوات القليلة الأولى من حياة الطفل أمر حيوي لنمو اللغة والكلام.. ويؤدي ضعف السمع أو فقدانه في مرحلة مبكرة من النمو إلى تأخر تام في الكلام، وتكون قدرة الطفل على التعبير محدودة جداء مع بطء والتواء ظاهر في إخراج الحروف والكلمات.

ومن الممكن أن يكون فقدان السمع توصيليا أو حسياً – عصبياً :

- ويحدث فقدان السمع التوصيلي بوجه عام بسبب التهاب الأذن الوسطى أو انسداد في فتحات القناة السمعية الخارجية والسيلان.. وقد أوضحت بعض الدراسات أن فقدان السمع التوصيلي في السنوات الأولى يرتبط بخطورة تعرضهم لتأخر الكلام.
- وقد ينتج فقدان السمع الحس – عصبي عن عدوى داخل الرحم، أو قلة الأكسجين، أو تنافر دم الأم والجنين، أو الالتهاب السحائي البكتيري، أو نزيف داخل الجمجمة، أو شذوذ الكروموسومات.. إلخ. وتكون الإعاقة الحسية – العصبية أكثر شدة في الترددات المرتفعة وتأخر الكلام.

٣ – عدم سلامة الحواس:

بالإضافة إلى الضعف السمعي فإن ضعف استجابة حواس الطفل الأخرى لما يدور حوله من منبهات سمعية وبصرية يرتبط ارتباطا وثيقا بتأخر الكلام.

٤ – إصابات الطفل بأمراض مزمنة:

فإصابات الجسم الولادية وبعد الولادية خاصة الأمراض وإصابات الجهاز العصبي والجهاز الكلامي، والإصابات النيرولوجية الولادية، أو بسبب الحوادث، أو الإصابة بأمراض طال زمن علاجها في الشهور الأولى من حياته: كالحصبة، وحدوث مضاعفات

على إثرها في اللحاء، أو إصابتها بتلف أو تورم أو التهاب ــ مما يؤثر بدوره على المراكز الكلامية، ومن ثم ينتج عنها تأخر اللغة وضعف القدرة على النطق والكلام.

٥ - تأخر النضج: Moturation delay

يظهر تأخر النضج (التأخر النمائي للغة) لدى نسبة كبيرة من متأخري الكلام، وفي هذه الحالة يحدث تأخر في نضج العملية العصبية المركزية اللازمة لإنتاج الكلام، ويكثر ظهور هذه الحالة لدى الأولاد، وعادة ما يكون هناك تاريخ أسري من النضج المتأخر. والتنبؤ بنتائج هؤلاء الأطفال يكون ممتازا على أية حال، إذ أنهم يدركون النمو الطبيعي للكلام عندما يبلغ الأطفال سن المدرسة.

٦ ــ اضطراب اللغة التعبيرية Expressive language disorder

يفشل الأطفال ذوو اضطراب اللغة التعبيرية في استخدام الكلام بطريقة تناسب عمرهم، ففي هذه الحالة يكون الأطفال عاديي الذكاء والسمع وعلاقاتهم الانفعالية جيدة، كما تكون مهارات النطق لديهم طبيعية، ويكون القصور الأولي في صورة خلل وظيفي للمخ مما يؤدي إلى عدم القدرة على ترجمة الأفكار إلى كلام.. وهؤلاء الأطفال بالإضافة إلى ما سبق يكون فهمهم للكلام مناسبا لعمر الطفل، ومن الممكن أن يستخدموا الإيماءات لتكملة قدرتهم المحدودة على التعبير اللفظي.

وإذا كان تأخر النضج يصل في النهاية إلى إنتاج كلام طبيعي: فإن الأطفال ذوي اضطراب اللغة التعبيرية لن يكونوا قادرين على إنتاج كلام طبيعي بدون تدخل، ويكون في بعض الأحيان من الصعب ــ إن لم يكن مستحيلاً ــ التمييز في المرحلة العمرية المبكرة بين الطفل متأخر النضج والطفل ذي اضطراب اللغة التعبيرية.. وعلى أية حال: فإن تأخر النضج سبب أكثر شيوعا لتأخر الكلام عن اضطراب اللغة التعبيرية التي تؤدي إلى نسبة قليلة من حالات تأخر الكلام، والطفل الذي لديه اضطراب اللغة التعبيرية يكون أكثر عرضة لصعوبات التعلم المتمركزة على اللغة "كعسر القراءة" Dyslexia، ونظرا لأن هذا الاضطراب لا يتم تصحيحه ذاتيا فإنه من الضروري أن يكون هناك تدخل نشط وفعال.

٧ – الخرس الاختيارى Elective Mutism

الخـرس أو البكم الاختياري Elective mutism هو حالة لا يتحدث فيها الأطفال لأنهم لا يريدون ذلك. ويتحدث ذوو هذا الخرس الاختياري بشكل طبيعي عندما يريدون أن يتكلموا مع أصدقائهم، وفي بعض الأحيان مع آبائهم، لكنهم لا يتحدثون في المدرسة، وفي المواقف العامة أو مع الغرباء، وتظهر تلك الحالة لدى البنات أكثر من الأولاد. وهناك نسبة كبيرة من ذوي الخرس الاختياري تعاني من قصور في النطق أو في اللغة.. ويرجع أساس الخرس الاختياري إلى اضطراب نفسي أسري المنشأ، ويظهر ذوو الخرس الاختياري أعراضا أخرى من ضعف التوافق مثل قلة علاقاتهم مع الأقران، والاعتماد المفرط على الوالدين، ويكونوا سلبيين وخجولين ومنسحبين، ومن الممكن أن يستمر هذا الاضطراب لعدة أشهر أو سنوات.

٨ – الحبسة أو الأفيزيا الاستقبالية Receptive aphasia

أن قصور فهم اللغة المنطوقة هو المشكلة الأساسية في الحبسة أو الأفيزيا الاستقبالية، وينشأ عن هذه الإعاقة صعوبة في إنتاج الكلام وتأخره. ويظهر الأطفال المصابون بالأفيزيا الاستقبالية استجابات طبيعية للمثيرات السمعية غير اللفظية، وعادة ما نجد آباء هؤلاء الأطفال يصفونهم بأنهم "لا ينصتون" بدلا من "لا يسمعون"، ولا يكون كلام هؤلاء الأطفال متأخرا فقط، ولكن يكون قليلاً وضئيلاً وغير منضبط نحويا وغير مميز في النطق، وأن أغلب الأطفال ذوي الحبسة الاستقبالية يكتسبون اللغة بأنفسهم تدريجيا ولا يفهمهم إلا المقربين منهم.

٩ – الشلل الدماغي Cereberal palsy

يشيع ظهور تأخر الكلام لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي Cerebral paisy، ويحدث تأخر الكلام كثيرا لدى النمط الكنعاني للشلل الدماغي (حركات دورية مستمرة في اليدين والقدمين athetoid type.. ومن الممكن أن تؤدي العوامل التالية معا أو منفصلة إلى تأخر الكلام: فقدان السمع، عدم التآزر الحركي، أو عدم مرونة عضلات اللسان، التخلف العقلي، أو أي قصور في القشرة الدماغية.

١٠ – ثنائية اللغة Bilingualism

أن المحيط الأسري الذي يستخدم لغتين، من الممكن أن يؤدي إلى تأخر مؤقت في بداية اللغتين، ويكون فهم الطفل ثنائي اللغة للغتين طبيعيا لطفل من نفس العمر، ومع هذا فإن الطفل قد يصبح كفئا وقادرا على استخدام اللغتين قبل عمر خمس سنوات.

١١ – الحرمان النفسي الاجتماعي Psychosocial deprivation

توجد بعض المتغيرات المرتبطة بالحرمان النفسي الاجتماعي والتي ينعكس أثرها على تأخر نمو الكلام عند الأطفال، من ذلك:

- الحرمان المادي: كالفقر، وعدم توافر المسكن، وسوء التغذية.
- الضغوط الانفعالية وإهمال الطفل. حيث أن لها تأثيرا عكسيا على نمو الكلام. فالطفل الذي لا يعامل بشكل جيد ويعيش بين أفراد أسرته لا يتأخر كلامه إلا إذا تعرض للإهمال.. ونظرا لأن الآباء سيئي معاملة أطفالهم يكونوا أكثر تساهلا لأطفالهم وأقل استخداما للوسائل اللفظية للتواصل معهم عن باقي الآباء، فإن ظاهرة تأخر الكلام تزداد وتكثر لدى أطفالهم.

١٢ - التوحد Autism

التوحد اضطراب نمائي عصبي يبدأ قبل أن يبلغ الطفل عمر ٣٦ شهر.. ويتميز اضطراب التوحد بتأخر أو انحراف نمو اللغة، وعدم القدرة على الارتباط بالآخرين بل والسلوكيات القهرية والتي من بينها: النشاط الحركي النمطي المتكرر. وهناك العديد من اضطرابات الكلام توصف مع التوحد مثل: التكرارية أو الببغاوية echololia، عكس الضمائر أي استخدام ضمير محل ضمير آخر. إن كلام بعض الأطفال التوحديين يتميز بالبلاهة والبلادة: ويتميز بالارتخاء كذلك، والأطفال التوحديين بوجه عام يكونوا عاجزين عن التواصل بالعين أو الابتسامة الاجتماعية، ولا يستجيبون للمعانقة، ولا يستخدمون الإيماءات للتواصل. ويكثر التوحد لدى الأولاد بنسبة ٣ – ٤ أضعاف ظهوره لدى البنات (Alexander, et al., 1999)

تقييم وتشخيص تأخر الكلام

توجد أساليب وأدوات عديدة لتقييم وتشخيص تأخر الكلام عند الأطفال. منها: التاريخ النمائي، الكشف البدني، الفحص الطبي، والتشخيص الإكلينيكي.

١ – تاريخ الحالة:

أ – التاريخ النمائي:

أن دراسة تاريخ النمو للطفل متأخر الكلام له أهمية في تقييم وتشخيص الاضطراب عند الأطفال، ومن الضروري الاهتمام بمعالم وسمات اللغة لعمل التشخيص – من ذلك:

- التعرف على ما إذا كان الطفل كان يناغي في عمر ١٢ – ١٥ شهر أم لا.
- وإذا ما كان يفهم الأوامر البسيطة وهو في عمر ١٨ شهرا أم لا.
- وإذا كان قد تحدث في عمر عامين أم لا.
- وهل كان قادرا على عمل جمل بسيطة في عمر (٣) سنوات.
- وهل كان يواجه صعوبة في سرد قصة قصيرة في عمر يتراوح بين عمر ٤ – ٥ سنوات.
- كما ينبغي على المعالج أن يهتم بكلام الطفل وخاصة الكلام المبهم وغير الواضح بعد (٣) سنوات من الميلاد.

إن التعرف على هذه الجوانب من التاريخ النمائي للغة عند الطفل متأخر الكلام له أهمية عند مقارنته بالأنماط العادية لنمو الكلام.. وعادة ما يكون التأخر بشكل عام في جميع اتجاهات النمو دالة على أن التخلف العقلي هو سبب تأخر الكلام عند الطفل.

ب – التاريخ الطبي:

وللكشف عن تأخر الكلام ينبغي فحص التاريخ الطبي للطفل منذ مرحلة الحمل – من ذلك:

- التعرف على التاريخ الطبي لكل الأمراض التي واجهتها الأم أثناء الحمل.

- الصدمات التي تحدث للأم أثناء الحمل، والاختناق، وعدوى الرحم واستخدام العقاقير.
- عمر الحمل وقت الميلاد، ووزن المولود، والتاريخ السابق.
- تاريخ الأسرة من الأمراض ذات الدلالة المرتبطة بتأخر الكلام.

٢ – **الكشف البدني في السن المبكرة:**

- فمن الضروري أن يتم إجراء قياس دقيق لطول ووزن ومحيط رأس الطفل.
- ومن الممكن أن يساهم استعراض المقاييس البارامترية لخريطة النمو في الكشف المبكر عن بعض أشكال تأخر الكلام.
- كما ينبغي أيضا ملاحظة أي سمات أو خصائص تشوهية أو نتائج بدنية غير سوية.
- وينبغي أيضا إجراء كشف عصبي كامل، وتقييم السمع والبصر.

٣ – **قياس معالم اللغة عند الطفل:**

أ – قياس المعالم الأولى للغة: وأبسط أداة يمكن استخدامها لقياس نمو اللغة لدى الأطفال أقل من عمر (٣) سنوات هي تقارير الوالدين، واختبار الطفل بين الحين والحين، ويركز على اللغة التعبيرية والاستقبالية والبصرية – ويمكن إجرائه في العيادة النفسية أو مع أخصائي التخاطب، ولا يستغرق إجرائه سوى دقائق معدودة.

ب – بالنسبة للأطفال من عمر عامين إلى ١٨ سنة: توجد اختبارات لغوية عديدة للكشف عن خصائص اللغة التعبيرية والاستقبالية – من ذلك:

- اختبار بيبودي Peabody صورة المفردات: وهو أفضل أداة لفرز فهم الكلمات، ومنها أيضا اختبار إلينوي للقدرات النفسية اللغوية. وإذا كان الطفل ثنائي اللغة فإنه من الضروري مقارنة الأداء اللغوي للطفل مع الأطفال ثنائي اللغة من خلفية ثقافية ولغوية مشابهة.

- ومن الضروري إجراء مقياس نمائي شامل لأن التأخر في نمو اللغة هو أكثر العلامات المبكرة التي تظهر للإعاقة العقلية. ويعد اختبار دنفر Denver للفرز النماني هو أكثر الاختبارات استخداما لصغار الأطفال في العيادات النفسية.

- ويحتاج الأطفال الذين تشير نتائجهم إلى أنهم غير طبيعيين إلى ضرورة تطبيق اختبار مقنن وصادق من اختبارات الذكاء. ومن أكثر اختبارات الذكاء استخداما لفحص الوظائف العقلية والتكيفية للطفل: مقياس ستانفورد – بينيه للذكاء، ومقياس وكسلر للذكاء الصورة المعدة للأطفال في سن ما قبل المدرسة، وسن المدرسة الابتدائية.

٤ - <u>الفحص والتقييم التشخيصي العضوي:</u>

ينبغي إحالة جميع الأطفال متأخري الكلام إلى القياس السمعي بصرف النظر عن قدرتهم على السمع، وبصرف النظر عما إذا كان هناك صعوبات أخرى تؤدي إلى تأخر الكلام أم لا. ومن الفحوصات التشخيصية – ما يلي:

أ – يعد قياس طبلة الإذن أداة تشخيصية مفيدة.. وعندما تتوافر نتائج القياس السمعي وقياس مدى مرونة وطواعية الطبلة، فإن ذلك يساهم في تحديد المكون التوصيلي للأذن الوسطي..

ب – قياس درجة الاستجابة السمعية لجذع المخ: وهي تقيم بطرق محددة، وبطرق فسيولوجية كمية للتحكم في فقدان السمع المحيطي. وهي أداة ضرورية للرضع، والأطفال غير المتعاونين مع الأخصائي، ولا تتأثر هذه الاستجابة بالمهدئات أو فقدان الشعور باللمس.

ج – وينبغي استخدام اختبارات إضافية إذا تبين أن هناك حاجة إليها من دراسة تاريخ الحالة، أو من الكشف البدني. غذ ينبغي إجراء اختبارات نمط النواة للكروموسومات غير السوية، واختبار الحامض النووي DNA للأطفال ذوي الصفات الظاهرة لزملة " X الواهن".

د – كما أنه من الضروري أيضا استخدام رسام المخ الكهربي للأطفال الذين يعانون من النوبات، أو من صعوبات واضحة في اللغة الاستقبالية، وقد ترتبط تلك الصعوبة ببعض النوبات التي تحدث في الفص الصدغي (Coplan, 1995).

التدخل العلاجي لرعاية الطفل متأخر الكلام:

يشكل التدخل لعلاج تأخر الكلام أو ضعف اللغة التعبيرية لدى الأطفال مجموعتين من الآراء:

أحدهما: يفضل الانتظار والمراقبة عن قرب، حيث أن تأخر الكلام مشكلة تصحيح ذاتي، فمادام الطفل يسمع ويفهم ما يقال له فإنه سوف يتكلم عندما يجد أن ما يريد توصيله لا يصل للآخرين بدرجة كافية عن طريق الإشارات والإيماءات، وأن الأباء يجب أن يتجنبوا إرغام الطفل على الكلام.

والرأي الثاني: يفضل ضرورة التدخل العلاجي لتأخر الكلام عند الأطفال لتجنب أي مخاطر يمكن أن تنجم عن ذلك في حياة الفرد الشخصية والاجتماعية والأكاديمية والسلوكية والنفسية في المستقبل. (Fischel et al., 1998)

وينبغي أن يكون التدخل العلاجي لرعاية الطفل متأخر الكلام تدخلا فرديا، وأن يشتمل فريق الرعاية الصحية على: الطبيب، أخصائي اللغ- والتخاطب، أخصائي السمع، أخصائي نفسي، إلى جانب الوالدين والمعلمين:

أ – **الطبيب:** ينبغي على الطبيب أن يزود فريق الرعاية للطفل بتأخر الكلام المصاحب بالمعلومات الخاصة بسبب تأخر الكلام، ويكون مسئولاً عن أي علاج طبي يقدم للطفل لخفض الإعاقة إلى حدها الأدنى أو تصحيحها.

ب – **أخصائي السمع:** يقوم بإجراء الفحوصات المرتبطة بقياس السمع، ويقدم المعينات السمعية، والكشف عن القناة السمعية الخارجية والأذن الوسطى، وقد يكون من الضروري غرس قوقعة الأذن.. واستخدام السجلات والفرز السمعي بوجه عام يساهم في تحديد أو الكشف عن فقدان السمع في مرحلة عمرية مبكرة.

ج – **أخصائي اللغة والتخاطب:** وله دور رئيسي في صياغة الخطط العلاجية والأهداف المرجوة. والهدف الأساسي لعلاج تأخر الكلام هو تعليم الطفل أساليب فهم اللغة المنطوقة، وإنتاج سلوك لغوي أو تواصلي ملائم، إلى جانب التدريب السمعي وتعليم قراءة الشفاه، وعادة ما يستخدم أسلوب التقليد اللغوي في البرامج العلاجية حيث يقوم المعالج بتكرار الكلمات أو الجمل الناقصة التي يتلفظ بها الطفل مع إضافة ما هو ناقص،

مع تصحيح التشكيلات والألفاظ الخاطئة، أو يدع أخصائي اللغة والتخاطب الطفل يتكلم ثم يشير بملاحظاته على ما قاله الطفل، ومن ثم، إتاحة الفرصة للتحسن في دلالات الألفاظ. كما أن أخصائي اللغة والتخاطب يساعد الوالدين في اكتساب الطرق التي تتدعم وتشجع المهارات التواصلية للطفل.

د ـ **الأخصائي والمعالج النفسي:** ويتم استخدام العلاج النفسي مع الطفل ذو الخرس الاختياري، ويكون هذا النوع من العلاج مهماً عندما يكون تأخر الكلام مصحوباً بقلق أو اكتئاب، أما بالنسبة للأطفال التوحديين فإنهم بحاجة إلى العلاج السلوكي لاكتساب الكلام، ويشتمل هذا النوع من العلاج على الإشراط الإجرائي.

هـ - **الوالدان والمعلمون:** وينبغي على والدي الأطفال متأخري الكلام ومقدمي الرعاية لهم أن يكونوا على دراية بضرورة توافق كلامهم مع المستوى الخاص بالطفل. كما ينبغي على المعلمين استخدام طريقة التعليم في جماعات صغيرة مع الأطفال متأخري الكلام.

الفصل الرابع

صعوبات اللغة الشفوية

- مقدمة.
- تأثير صعوبات اللغة الشفوية.
- أشكال صعوبات اللغة الشفوية.
- تشخيص صعوبات اللغة الشفوية.
- أدوات التشخيص.
- علاج صعوبات اللغة الشفوية.

الفصل الرابع
صعوبات اللغة الشفوية

مقدمـة:

سبق أن أوضحنا أن التواصل البشري عبارة عن رسالة يرسلها شخص ويفهمها شخص آخر – ويلاحظ أن هناك أمورا تدعم هذا التواصل مثل المعتقدات والسلوكيات والقيم والعادات والخبرات المشتركة، وفي بعض الأحيان يحدث خلط في التواصل لأن الرسالة المنقولة بالكلمات تختلف عن التي ينقلها الصوت والجسم، وفي أحيان أخرى يكون التواصل غير مكتمل لأن المتحدث لا يريد أن يكشف عن المعلومات الشخصية، أو أن هناك أشياء تجعل المستمع شارد الذهن وغير منتبه للرسالة التي يريد أن يوصلها الطرف الآخر إليه.

ويتناول هذا الفصل أحد مظاهر اضطرابات اللغة وهو : صعوبات اللغة الشفوية، حيث أن هذا الاضطراب يعد بالغ الخطورة لدرجة أنه يعوق النمو الشخصي والتعليمي والمهني. وسوف نعرض لتأثير صعوبات اللغوية الشفوية على الفرد، والدلائل الإكلينيكية الدالة على صعوبات اللغة الشفوية، وأساليب تقييم وتشخيص صعوبات اللغة الشفوية، والمداخل العلاجية لصعوبات اللغة الشفوية.

تأثير صعوبات اللغة الشفوية

إن عدم القدرة على التواصل من خلال الكلمات يؤثر على صاحبها تأثيرات بالغة الخطورة، حيث تؤدي صعوبات اللغة الشفوية إلى:

١- الشعور بالإحباط ويصبح الفرد منعزلا ومنفردا، فعلى الرغم من امتلاك الفرد الأحاسيس والتفكير ومعرفة وفهم الكلمات، إلا أن عدم قدرته أن يقول ويعبر عن ذلك يجعله يشعر بالإحباط، وعلى الرغم من قدرته على السمع إلا أنه لا يستطيع مشاركة من حوله أفكارهم ومشاعرهم وأحاسيسهم.

٢- عدم القدرة على التعبير عن المشاعر والانفعالات المتأصلة داخل الفرد مثل أي شخص آخر: فالفرد يشعر بالغضب، ويشعر بالسعادة، ويشعر بالحزن، كما أن

قلبه مليء بالحب... إلخ ومع ذلك لا يمكنه التعبير عن ذلك، ويكون غير قادر على مشاركة غيره أو جعلهم يشاركوه هذه المشاعر والانفعالات.

" أنك عندما لا تحب شيء ما فإنه لا يعرف أي شخص غيرك هذا الإحساس، وكذلك المأكل والمشرب والملبس".

"لقد دخلت عليّ أمي يوما ما ووجدتني أحتضن الكرة وأبكي على السرير، فاعتقدت أني أعاني من ألم في بطني بسبب الإمساك فأعطتني الدواء، ولكن هذا لم يصلح أذني"

٣- الشعور بعدم الارتباط بالآخرين: إذ يعاني الفرد الذي لديه صعوبات في اللغة الشفوية مشكلات تتعلق باحترام الذات أو الجدارة الذاتية Self-worth، وتنمو لديه ردود فعل انفعالية ملائمة للمشكلة، الأمر الذي يعوق بدوره التواصل مع الآخرين.

٤- تنعكس صعوبات اللغة الشفوية على الأداء والإنجاز المدرسي: فأطفال المدرسة الابتدائية يجب أن يكونوا قادرين على متابعة التوجيهات، والربط بين الأصوات والحروف، وتحليل الكلمات، والتحدث الشفهي، وتعلم معنى الكلمات المجردة، وبعض المفاهيم الحسابية مثل: أقل، أكثر، بعض، كل... إلخ. أن الحاجة لمثل هذه المهارات تزداد بسرعة كلما أصبح المتعلم أكثر اعتمادا على التقديم الشفهى للمعلم، وفهم موضوعات اللغة الأكثر تعقيدا، كما أن تلك الحاجات تزداد ي الوقت الذي يزداد فيه المنهج الأكاديمي ببناء الصوتيات والمفردات والمفاهيم العددية واللغوية.. وفي الصفوف العليا: نجد أن فهم واستخدام مفاهيم جديدة للغة مثل المجازات والمترادفات والأضداد تصبح أمورا متوقعة - وبالتالي ستكون هناك مشكلة في الإنجاز الأكاديمي لدى أي تلميذ لديه صعوبات في اللغة الشفوية.

٥- كما أن مشكلة صعوبات اللغة الشفوية تمتد إلى مكان العمل عندما يتقدم الفرد في العمر: فالفرد في سياق العمل تفرض عليه متطلبات مختلفة من مهارات التحدث والكتابة والتواصل بشكل عام. ومما لا شك فيه: فإن الآخرين يدركون الإعاقة قبل الفرد ذاته، وغالبا ما يرتبط معدل الصداقات ومستوى الأداء في العمل

بمعدل الكلام الطبيعي، كما أن أصحاب الأعمال غالبا ما يحصرون الأفراد غير القادرين على التعبير باللغة الشفوية، أو غير قادرين على إنتاج الصوت، أو المستخدمين لطريقة بديلة في عدد بسيط من الأعمال أو الوظائف البسيطة التي يمكنهم معالجتها.

٦- تنعكس صعوبات اللغة الشفوية على سمات الشخصية: إذ تعزي سمات الخجل والقلق وعدم القدرة على ضبط الذات والانسحاب الاجتماعي لكثير من صعوبات اللغة والكلام قياسا بالأفراد ذوي الطلاقة اللغوية الطبيعية، على الرغم من أن البحوث العلمية قد فشلت في تحديد نمط عام للشخصية أو نوع من سوء التوافق يميز ذوي صعوبات اللغة والكلام (Paul-Brown & Diggs, 1994)

أشكال صعوبات اللغة الشفوية

يمكن تصنيف صعوبات اللغة الشفوية في أربعة أشكال:

أ ـ صعوبات اللغة الاستقبالية الشفوية:

وتظهر هذه الصعوبات في عدم القدرة على استقبال وتفسير اللغة المنطوقة – وتبدو في المؤشرات التالية:

١- صعوبة اتباع التعليمات الشفوية: إذ يفشل الطفل في فهم الأوامر والطلبات.

٢- ظهور الطفل وكأنه غير منتبه للصوت.

٣- صعوبة في استيعاب الأفكار.

٤- صعوبة في فهم الكلمات المجردة.

٥- الخلط في مفهوم الزمن.

٦- فشل في ربط الكلمات المسموعة بالأشياء أو الأعمال والمشاعر والخبرات مما يجعل الطفل لا يمتلك لغة لها معنى للتعبير عن الأشياء.

٧- صعوبة في تذكر كيفية ترجمة الصور البصرية إلى أفكار.

٨- الفشل في التمييز بين الكلمات أو مجموعة من الكلمات.

٩- صعوبة في فهم صيغ الأفعال الأقل شيوعا أو غير القياسية.

١٠- عدم الثبات عند الاستجابة باللغة المنطوقة.

١١- صعوبة في تعلم معنى حروف الجر والصفات.

١٢- صعوبة في تعلم المعاني المتعددة للكلمة نفسها، أو معاني الجمل المركبة.

١٣- يستطيع الاستجابة للأوامر الحركية، فعلى الرغم من عدم الاستجابة للأوامر اللفظية فإنه يستجيب للإشارة الحركية له بنفس الأمر.

١٤- يتمتع الفرد بدرجة ذكاء عادية.

١٥- صعوبة في إدراك العلاقات بين المفاهيم وتكاملها.

١٦- صعوبة في استيعاب لغة الفكاهة واللغة المجازية.

١٧- صعوبة في اكتشاف الخلل الذي يقع فيه في الاستيعاب.

ب – صعوبات اللغة التعبيرية الشفوية:

تظهر هذه الصعوبات في عدم قدرة الطفل على التعبير باللغة عن أفكاره ومشاعره وخبراته. وتبدو في المؤشرات التالية:

١. تدني في عدد المفردات التي يستخدمها الطفل.

٢. صعوبة إيجاد الكلمة المناسبة لنقل الفكرة أو المفهوم.

٣. عدم القدرة على استغلال خبراته السابقة في التعبير.

٤. العجز في القدرة على التعبير عن نفسه من خلال النطق والكلام.

٥. خلال فترة النمو المبكر يظهر الطفل كما لو كان أبكما.

٦. نادرا ما يشارك في المحادثة وتقليد الكلام أو المضاهاة.

٧. قدرة متقطعة على استخدام الكلمات والعبارات والجمل.

٨. صعوبة في استخدام الجمل المركبة أو المعقدة.

٩. صعوبة في مناقشة المفاهيم المجردة أو مفاهيم الزمان والمكان.

١٠. صعوبة في تغيير أسلوب الاتصال ليناسب سياقات اجتماعية متنوعة.

١١. صعوبة في توفير معلومات كافية عن الموضوع للشخص المستمع.

١٢. صعوبة الحفاظ على نفس الموضوع عند المناقشة، أو تذكر سياق الكلام.

١٣. صعوبة في إصلاح الخلل في عملية الاتصال التي يقوم بها.

١٤. يستطيع التعرف على الصور عند طلب ذلك منه.

١٥. الذكاء في المعدل العادي.

١٦. يميل إلى الهدوء والإذعان، ولكنه يفتقر إلى التعبيرات الوجهية، وفي بعض الأحيان يظهر عليه الكسل واللامبالاة.

١٧. يجد صعوبة في اختبار واسترجاع الكلمات (ويعزي ذلك إلى صعوبة في الذاكرة السمعية).

١٨. العجز في بناء الجمل وتركيبها.

١٩. يستطيع الطفل استخدام كلمات منفردة وعبارات قصيرة، ولكن يواجه صعوبة في تنظيم الكلمات.

٢٠. صعوبة في استخدام قواعد اللغة في تكوين الأفكار والتعبير عنها.

٢١. لغته التعبيرية محدودة، ويتكلم بشكل مختصر بحيث يستخدم ما بين كلمة وثلاث كلمات.

٢٢. الجمل التي يستخدمها بدائية، ولا يطور طلاقة في استخدام الجمل.

٢٣. لا توجد صعوبة في فهم ما يسمع (مستوى الفهم الاستقبالي للكلام في نفس مستواه العمري).

ج – صعوبات اللغة التكاملية:

يدل مصطلح اللغة التكاملية على نمطين من السلوك اللغوي هما: اللغة الداخلية، واستخدام الرموز:

- ويستدل على اللغة الداخلية من استخدام الأشياء بشكل مناسب وتجميعها بطرق ذات معنى، والوصول إلى استنتاجات منطقية وتصور الذات في مواقف خيالية دون نطق كلمات.
- ويستدل على الرمزية من خلال التفكير، استنتاج علاقات ذات معنى، تصنيف الأشياء لفظيا، استخدام التشبيهات والمجازات، وفهم المتضادات، والتورية، والحكايات الرمزية.. إلخ.

ويشير مصطلح صعوبة اللغة التكاملية إلى صعوبة التصرف بشكل رمزي، وتعتبر من أكثر أنواع اضطرابات اللغة شدة إذ يعاني أصحابها من صعوبات سمعية شفهية، ويستدل على صعوبات اللغة التكاملية من خلال المؤشرات التالية:

١- عدم قدرة الطفل على فهم العلاقات – مثل المتضادات (أب/أم، رجل/ أمرأة).

٢- يستطيع الطفل فهم اللغة ولكنه يعاني صعوبة في ربط ما سمعه بخبراته السابقة ذات العلاقة (فحين يعرض عليه كوب يستطيع تسميته، لكنه لا يستطيع ذكر ماذا نفعل به، أو ماذا يحدث إذا ألقيناه).

٣- صعوبة في تحديد العلاقات بين الأشياء (يستطيع تسمية جوربا، حذاء..إلخ) لكن حين يطلب منه أن يذكر ماذا يناسب الحذاء فلا يستطيع.

٤- معاناة جوانب عجز رئيسية في الترابط السمعي واستخدام بناء الجملة وتركيبها.

٥- الإدراك السمعي أقل من الإدراك البصري، في حين أن الأداء في الترابط السمعي أقل من أدائهم في الإدراك السمعي البصري.

٦- التعبير اللفظي أقل من التعبير الحركي.

٧- الإغلاق القواعدي أقل من الإغلاق البصري.

٨- عجز الترابط السمعي.

٩- عجز الإغلاق القواعدي.

١٠- عجز عملية الترابط السمعي البصري.

د - صعوبات اللغة المختلط:

وتشمل صعوبات اللغة الاستقبالية والتعبيرية والتكاملية المختلطة، ويستدل عليها من المؤشرات التالية:

١- يظهر الطفل أعراضا لجميع الصعوبات اللغوية وبدرجات متفاوتة.

٢- العجز على فهم ما يقال، وتكامل واستخدام الرموز والتعبير عن النفس بشكل شفهي.

٣- العجز في إدراك علاقات السبب والنتيجة.

٤- إذا كان الطفل يعاني صعوبة في الاستقبال فإنه بالضرورة يعاني إعاقة في التعبير والتكامل.

٥- إذا كان الطفل لديه قدرات استقبالية عادية فإنه يكون عاجزاً في القدرة على بناء الجمل وتركيبها أو تكاملها، ومن ثم يتأثر التعبير أيضا (كيرك، كالفانت: ١٩٨٨، السرطاوي وآخرون: ٢٠٠١، الوقفي: ٢٠٠٣).

تشخيص صعوبات اللغة الشفوية:

أن تشخيص صعوبات اللغة الشفوية يتطلب خدمات فريق متعدد التخصصات مؤلف من: أخصائي اللغة والتخاطب، أخصائي نفسي، أخصائي اجتماعي، أخصائي أعصاب، طبيب نفسي، وإن كان تجميع هذا العدد من الأخصائيين ليس أمرا يسيرا.. غير أن التشخيص التكاملي لصعوبات اللغة الشفوية يتطلب أن يوضع في الاعتبار النواحي التالية:

أولاً: العمر الزمني والعمر الوظيفي للطفل:

فالعمر الزمني يستوجب وصول الطفل إلى مستوى لغوي معين.. وبالتالي عدم وصول الطفل إلى المستوى اللغوي الوظيفي (من الناحية الاستقبالية أو التعبيرية) يعني احتمالية وجود اضطراب اللغة الشفوية لديه.

ثانياً: مدى صحة حواس الطفل:

فالسمع والإبصار لهما أهميتهما الخاصة في اكتساب اللغة الاستقبالية والتعبيرية فعن طريقهما يستطيع الطفل التعرف على الأشياء والأصوات ويربط المسميات إدراكيا ومن ثم: التعبير عنها.. لذلك: فإن تقييم مدى سلامة حواس الطفل من الأهمية بمكان للكشف عن صعوبات اللغة الشفوية.

ثالثا: مدى سلامة الجهاز العصبي:

ففحص الجهاز العصبي المركزي، ومراكز السمع والإبصار، ومراكز النطق والكلام والتآزر الحسي للحركي له أهمية في التعرف على مدى وجود صعوبات في اللغة الشفوية من عدمه.

رابعا: تقييم العوامل البيئية والنفسية للطفل:

لا تقل العوامل البيئية والنفسية أهمية في تشخيص صعوبات اللغة الشفوية، خاصة العوامل المزاجية وتفاعلاته وعلاقاته بالبيئة المحيطة به، فقد ترتبط بعض الصعوبات خاصة التعبيرية بالحالة المزاجية والنفسية للطفل.

خامسا: تقييم العوامل المعرفية المرتبطة بالمهارات اللغوية:

خاصة العوامل المرتبطة بالذاكرة السمعية والتحليل السمعي ومهارات استخدام اللغة وذلك على النحو التالي:

١ ــ تقييم مهارة الاستماع:

وتهدف إلى تحديد مستوى مهارات الاستماع عند الطفل، وتشخيص أي تأخر في أي منها يدعو إلى التحويل إلى مزيد من التقييم، حيث أن قصور السمع يؤدي إلى عدم قدرة الطفل على الاستقبال.

٢ ـ تقييم التمييز السمعي:

التمييز السمعي يختلف عن مهارة الاستماع، فالقصور في التمييز السمعي يؤثر في القدرة على معالجة الأصوات المسموعة فتتأثر بذلك مجالات معينة في اللغة والكلام بما في ذلك الاستيعاب (الاستقبال) وسلامة النطق.

٣ ـ تقييم مهارات التحليل السمعي:

فتحليل الكلمة المسموعة إلى الأصوات المفردة التي تتركب منها جزء أساسي من مهارات المعالجة السمعية، فإذا كانت المهارات السمعية المتيسرة للطفل لا تمكنه من أن يحلل الكلمة المنطوقة إلى الأصوات المفردة التي تتركب منها ضعفت معها احتمالات قدرته على استيعاب مفهوم أن لكل حرف صوتا خاصا به.

٤ ـ تقييم مدى سعة الذاكرة السمعية:

تعتمد سعة الذاكرة السمعية على مجموعة من العمليات المتداخلة في مجالات: الانتباه، الاستماع، التمييز السمعي، تخزين المعلومات واستدعائها عند الاستجابة للمثيرات السمعية.. ومن ثم: فإن تقييم الذاكرة السمعية له أهميته في التعرف على مدى استعداد الطفل للتعلم والتعرف على أية جوانب قصور يمكن أن يعاني منها، فقد تنشأ صعوبات اللغة الشفوية من الصعوبة في تركيز الانتباه والاستماع، أو في تمييز الأصوات (كعملية إدراكية)، أو في تخزين المعلومات.

٥ ـ تقييم استخدام اللغة عند الطفل:

التعرف عما إذا كان الطفل يستطيع أن يعبر عن مشاعره أو يسأل عن معلومات أو يمثل أدوارا أو يصف أشياء موجودة في البيئة أو يناقش أحداث في الماضي أو الحاضر أو المستقبل.

٦ ـ تقييم مهارات المحادثة:

أي تحديد مستوى مهارات الكلامية، وكيف يستجيب للآخرين ويتفاعل معهم في مواقف معينة، والموضوعات التي تغلب على كلامه، ومدى مشاركته في المحادثة،

والدور الذي يأخذه أثناء الكلام.. وهل استجابة الطفل أثناء الكلام ذات علاقة بالموضوع، ومدى إتصاف كلامه بالتنظيم والتسلسل المنطقي فيما يعبر به من معلومات أو كلام.

٧ ــ تقييم مدى فهم الطفل للمفاهيم والمعاني:

أي قدرته على فهم معاني المفردات دون خلط، وإدراك العلاقات بين المعاني والمفاهيم، وقدرته على فهم الجمل.

٨ ــ تقييم شكل ومحتوى كلام الطفل:

قدرته على فهم التعليمات البسيطة، التعرف على أسماء الأشخاص والأشياء والأماكن والوظائف المحيطة، وهل يعتمد على الإشارات أم الكلام، وما إذا كان يميل في كلامه إلى استخدام كلمات مفردة أم أشباه جمل أم جملا كاملة. الطريقة التي يسأل بها الطفل أسئلته، ومدى استخدامه الكلمات الوظيفية للتمييز بين القديم والحديث من المعلومات. وتقييم مستوى الجملة: تامة أم ناقصة، وطولها: كلمة أو كلمتين أم أكثر، ترتيب عناصر الجملة ومدى اتفاقها مع القواعد الخاصة بترتيب الجمل، والعلاقات التي تربط الجمل، ومدى نضوج الوظائف اللغوية كالاستفهام والنفي والطلب والرفض.. إلخ.

أدوات التشخيص:

يعتمد تقييم تشخيص صعوبات اللغة الشفوية على عدة وسائل:

١ ــ الاختبارات والمقاييس النفسية:

وهي وسائل وأدوات هامة في تشخيص صعوبات اللغة الاستقبالية وصعوبات اللغة التعبيرية والصعوبات التكاملية والمختلطة.. ويستخدم في ذلك شكلين من أشكال الاختبارات:

أ ــ الاختبارات معيارية المرجع: حيث يتم فحص أداء الطفل اللغوي ومقارنته بأفراد آخرين في نفس مستواه العمري.

ب ــ الاختبارات محكية المرجع: وبناء عليها يتم تقييم أداء الطفل أكثر من مرة ومقارنة النتائج ببعضها البعض.

٢ ـ الملاحظـــة:

ويدخل في ذلك ملاحظة سلوكيات الطفل اللغوية وغير اللغوية أثناء اللعب والحديث والتفاعل مع الآخرين. وقد يحصل الأخصائي على عينة ممثلة للغة الطفل حول موضوعات متعددة وفي مواقف مختلفة بحيث يتمكن من فحص جوانب اللغة لدى الطفل. ومن ثم: فعلى الأخصائي الإعداد للملاحظة حول الأشياء والموضوعات التي يأخذ منها عينة من كلام الطفل. وهذه الطريق تتطلب ما يلي:

أ ــ وجود مستويات عالية من الخبرة اللغوية ومهارات المحادثة لدى الأخصائي.

ب ــ جمع أكبر مادة لغوية ممثلة للغة الطفل، وهذا يتطلب وقتا طويلا.

ج ــ زيادة عدد الملاحظين: حتى تتسم بالصدق.

وإن كانت الملاحظة يشوبها بعض المخاطر منها:

- كيفية الحصول على مادة لغوية من الطفل، خاصة الطفل الذي يعاني بعض الاضطرابات الانفعالية والتعبيرية.
- عدم وضوح كلام الطفل: إما لوجود مشكلات بالنطق، أو لعدم نضج لغة الطفل.
- مدى تمثيل العينة الكلامية للغة الطفل خاصة أنها تؤخذ في جلسات خاصة (السرطاوي وآخرون: ٢٠٠١).

٣ ــ الاستبيـــان :

وللتغلب على الصعوبات والمخاطر السابقة قد يلزم تطبيق استبانة على الوالدين والإخوة والمعلمين للكشف عن خصائص لغة الطفل ــ ويجب أن تغطى الاستبانة الجوانب التالية:

أ ــ استخدام الطفل للغة.

ب ــ مهارات المحادثة عند الطفل.

ج ــ شكل ومحتوى كلام الطفل.

د ــ مدى فهم الطفل للمعاني.

هـ - مدى التمييز السمعي للطفل.

و – شكل النطق... وما إلى ذلك من الجوانب التي تكشف عن مدى وجود صعوبة للغة الشفوية لدى الطفل من عدمه..

علاج صعوبات اللغة الشفوية:

توجد طرقا كثيرة للتعليم العلاجي لصعوبات اللغة الشفوية.. وقد أورد راضي الوقفي (٢٠٠٣) عدة مبادئ عامة لعلاج صعوبات اللغة الشفوية، ومن المبادئ الخاصة بمهارات اللغة نوجزها فيما يلي:

اعتبارات عامة في العلاج:

١- إعمل مع الطفل في مستوى قدرته اللغوية.

٢- افتح المجال أمام الطفل ليتحدث عما يحب دون تحديد.

٣- أعط الطفل فرصة ليعرض ما يعينه على التواصل إذا لم يكن قادرا على التعبير اللفظي.

٤- أعط الطفل الشعور بالاهتمام لما يحاول أن يقوله وتشجيعه على المبادرة في الكلام.

٥- احتفظ بسجل خاص لأداء الطفل.

٦- علم اللغة في سياقها ومن خلال موقف يعرف الطفل معالمه.

٧- اتبع التسلسل الطبيعي لنمو اللغة مع تعزيز المهارات التي اكتسبها الطفل سابقا في جوانب المحتوى والشكل للاستقبال.

٨- علم الطفل استيعاب اللغة وإنتاجها، أي التكامل بين عمليات (الاستماع/ الاستقبال) و(الكلام/ التعبير).

٩- استخدم الحديث عن الذات للإيضاح.

١٠- استخدم كلاما مكافئا لكلام الطفل.

١١- مع تطور لغة الطفل استخدم التوسع والتفصيل.

١٢- عزز تعلم اللغة باستخدام التعزيز الذاتي.

مبادئ خاصة:

أ – تعليم المحتوى:

من المبادئ الهامة في تعليم المفاهيم والمفردات ما يلي:

١- التركيز على السمات الجوهرية التي تهدف إلى تعرف المفردات والمفاهيم وتمييزها.

٢- التنويع في طرق تعليم المفاهيم وكل ما يتعلق بها.

٣- تقديم أمثلة تتمشى مع المفاهيم وتتدرج تحت مقرراتها.

٤- تصنيف المفاهيم الجديدة ليفهم الأطفال كيفية ارتباطها بالمفاهيم التي من صنفها.

٥- تقديم المفردات الجديدة في جمل بسيطة أو أشباه جمل.

٦- استخدام الألعاب والأنشطة لتعزيز تعلم المفاهيم الجديدة.

تحسين القدرة على تذكر الكلمات:

من الضروري الاهتمام بالعلاقة المتبادلة بين خزن الكلمة (رموز صوتية) واسترجاعها، وأخذ هاتين العمليتين في الحسبان عند التخطيط لتقييم القدرة على إيجاد الكلمة، وكذلك عند التصدي لمعالجة الخلل فيها – ويدخل في ذلك:

١- تقوية عمليات الاختزان في الذاكرة بزيادة معرفة الكلمات، وذلك من خلال استخدام كلمات شائعة لدى الطفل.

٢- تحسين إيجاد الكلمة بزيادة الاسترجاع: أي أن تتسلسل تسمية المهام لأطفال العمر المدرسي تسلسلا هرميا من الأسهل إلى الأصعب، وتكرار مزاولة الكلمات الجديدة، وتكرارها.

٣- تحسين إيجاد الكلمة بزيادة استراتيجية التلميح الذاتي:

- في تعليم الأصوات: نطق الصوت الأول من الكلمة، أو حرف العلة وسط الكلمة، أو اندماج حرفين ليكونا صوتا واحدا، أو المقطع.
- في تعليم المعاني: التلميح بالفئة أو الوظيفة، والصور.
- في تعليم التصور: تصور العائد الذي تتصل به الكلمة.
- استخدام الحركات: نسق الحركة الذي تتصل به الكلمة.

ب - **تعليم شكل اللغة:**

١- علم تراكيب الجمل الجديدة والزيادات اللاحقة بجذور الكلمات.

٢- عند تعليم تركيب جديد: استخدام مفردات وأمثلة مألوفة/ محسوسة.

٣- استخدم جملا بسيطة عند تعليم جملة جديدة.

٤- بعد أن يتعلم الطفل الشكل الجديد يمكن عرض جملا أكثر تفصيلا وتعقيدا.

٥- استخدام أشياء حقيقية وأصواتا واقعية وصورا لها.

ج – **تعليم الاستعمال:**

قد يكون تعليم استعمال اللغة أحد الجوانب الهامة للأطفال ذوي صعوبات اللغة الشفوية، ومن ثم يمكن استخدام المنبهات التالية:

١- استخدام لعب الدور لتمثيل مواقف مختلفة تستعمل فيها المهارات اللغوية المطلوبة.

٢- استخدام الصور أو التشبيهات لتمثيل المشاعر أو الأحاسيس.

٣- استخدام المحادثات كإطار عمل لتعليم اللغة الوظيفية، ولابد أن تكون المحادثات حول مواقف مألوفة للأطفال، أو خبرات شائعة لديهم.

الفصل الخامس

اضطرابات النطق

- مقدمة.
- مفهوم اضطرابات النطق.
- معدل انتشار واضطرابات النطق.
- الملامح الإكلينيكية.
- خصائص اضطرابات النطق.
- الاضطرابات المصاحبة.
- أسباب اضطرابات النطق.
- تشخيص اضطرابات النطق.
- علاج اضطرابات النطق.

الفصل الخامس
اضطرابات النطق

مقدمـــة:

كانت اضطرابات النطق Articulation Disorders هي بؤرة اهتمام الباثولوجيين والمختصين بعلاج اضطرابات الكلام – ولكن هذا الموقف قد تغير نتيجة لعاملين:

الأول: أن بعض مشكلات اضطرابات الكلام الأخرى تتطلب وقتاً ومجهوداً خاصين من الأخصائيين أكثر من اضطرابات النطق.

الثاني: أن الكثير من الأطفال الصغار قد يتخلصون من مشكلات النطق دون مساعدة خاصة.

هذا التحول لا يعني أن الآباء والمعلمين لا ينبغي أني يحيلوا أطفالهم للعلاج إذا كانت مشكلاتهم تقتصر على مشكلة من مشكلات النطق، ولا يعني ذلك أيضا عدم مساعدة المعالجين للأطفال الذين لديهم مشكلة من اضطرابات النطق، بل يجب أن يكون التعاون بين الوالدين والمعلمين والمعالجين تعاونا كاملاً حتى يؤدي إلى نتائج مثمرة في علاج هؤلاء الأطفال (عبد المعطي: ٢٠٠٣).

مفهوم اضطرابات النطق:

توجد تعريفات كثيرة لاضطرابات النطق تكاد تتفق فيما بينها حول مفهومها وطبيعتها ومسبباتها ونتائجها – نذكر من ذلك ما يلي:

يذكر الزراد (١٩٩٠) أن اضطرابات النطق: "هي اضطرابات تتركز على عملية وطريقة النطق وكيف تتم وطريقة لفظ الحروف وتشكيلها وإصدار الأصوات بشكل صحيح، وعيوب النطق متعددة تتناول الحروف الساكنة والمتحركة وأسلوب نطق الكلمات".

ويعرف الشخص والدماطي (١٩٩٢) اضطرابات النطق بأنه: "عدم القدرة على إصدار أصوات اللغة بصورة سليمة نتيجة لمشكلات في التناسق العضلي، أو عيب في

مخارج أصوات الحروف، أو الفقر في الكفاءة الصوتية، أو خلل عضوي – هذا الاضطراب يعوق عملية التواصل، ويسترعي اهتمام الشخص المتحدث وقد تفضي إلى معاناته من القلق وسوء التوافق".

وقد صنفت اضطرابات النطق في الـ DSM IV (١٩٩٤) تحت ما يسمى الاضطرابات الصوتية Phonological Disorders – وتعرف بأنها: "فشل في استخدام أصوات النطق المتوقعة نمائيا طبقا لعمر الفرد وذكائه ولهجته. وتتضح في إصدار صوتي ردئ أو تلفظ غير مناسب: كإبدال صوت مكان آخر، أو حذف أصوات مثل الحروف الساكنة التي تقع في آخر الكلمة، أو يشوبه التحريف لنطق الكلمات... إلخ مما يعطي انطباعا بأنه كلام طفلي.. وتتداخل هذه الصعوبات في كل من التحصيل الأكاديمي والإنجاز المهني والتواصل الاجتماعي، وتزداد هذه الصعوبات والمشكلات أو الخلل الوظيفي اللغوي إذا ارتبطت بالتخلف العقلي أو عجز الكلام الحسي الحركي أو الحرمان البيئي".

ويرى الشخص (١٩٩٧) أن اضطرابات النطق: "هي اضطرابات تنتشر بين الصغار والكبار نتيجة أخطاء في إخراج أصوات وحروف الكلام ومخارجها وعدم تشكيلها بصورة صحيحة، وتختلف درجاته من مجرد اللثغة البسيطة إلى الاضطراب الحاد، حيث يخرج الكلام غير مفهوم نتيجة الحذف والإبدال والتشويه والإضافة – والذي يحدث نتيجة خلل في أعضاء جهاز النطق أو إصابة الجهاز العصبي المركزي".

أما الخطيب والحديدي (١٩٩٧) فإنهما يعرفان اضطرابات النطق بأنها: "أخطاء كلامية تنتج عن أخطاء في حركة الفك والشفاه واللسان، أو عدم تسلسلها بشكل مناسب، بحيث يحدث استبدال أو تشوه أو إضافة أو حذف، وقد لا يكون لهذه الاضطرابات أسباب عضوية واضحة، وفي هذه الحالة تعزى اضطرابات النطق للحرمان البيئي والسلوك الطفولي والمشكلات الانفعالية وبطء النمو".

ويعرف الرشيدي وآخرون (٢٠٠٠) اضطرابات النطق بأنها: "إخراج أصوات الكلام بطريقة معيبة أو غير دقيقة، أو أنها تلك الانحرافات الكلامية التي تتضمن إبدالا أو تشويها أو حذفا أو إضافة لأصوات الكلام، نتيجة اضطراب التفاعل بين اللسان والشفتين والأسنان والفكين وسقف الحنك في إصدار أصوات الكلام.

في حين أن السرطاوي وآخرون (٢٠٠٢) فإنهم يعرفون اضطرابات النطق باعتبارها: "اضطرابات يلفظ فيها الطفل الأصوات اللغوية بطريقة مشوهة بحيث لا يفهمه المستمع، أو قد يحذف أو يضيف أحد الأصوات اللغوية أو أكثر - بحيث لا يؤدي النطق المعنى المطلوب، أو ربما يستبدل الطفل أحد الأصوات اللغوية المشوهة أو المستبدلة أو المحذوفة إلى درجة كبيرة، فيصبح حديث الطفل غير مفهوم على الإطلاق.

وأخيراً، فإن الببلاوي (٢٠٠٦) يعرف اضطرابات النطق بأنها: خلل في نطق الطفل لبعض الأصوات اللغوية يظهر في واحد أو أكثر من الاضطرابات التالية، إبدال صوت بدلاً من صوت آخر، أو حذف صوت أو أكثر من الكلمة، أو تحريف الصوت بصورة تقربه من الصوت الأصلي غير أنه لا يماثله تماما، أو إضافة صوت زائد إلى الكلمة.

مما سبق يتضح أن:

١- اضطرابات النطق تمثل خللا أو فشلا في إخراج أو لفظ الحروف أو مخارجها أو أصوات الكلمات، أو إصدار صوتي رديء وتـ ظ غير مناسب وعدم تشكيلها بصورة صحيحة.

٢- اضطرابات النطق تظهر في الحروف الساكنة والمتحركة على حد سواء، وفي أسلوب نطق الكلمات - وهذه الاضطرابات تختلف درجتها من مجرد اللثغة البسيطة إلى الاضطراب الحاد.

٣- يغلب على اضطرابات النطق: إبدال صوت بصوت آخر، أو حذف بعض الحروف من الكلمة، أو تحريف وتشويه صوت الحروف، أو إضافة أصوات أخرى مما يجعل الكلمة غير مفهومة من المستمعين.

٤- تنتج اضطرابات النطق عن خلل عضوي: كوجود مشكلات في التناسق العضلي، أو عيب في مخارج الحروف، أو خلل في أعضاء جهاز النطق كالأخطاء في حركة الفك والشفاه أو اللسان أو سقف الحلق. أو إصابة الجهاز العصبي المركزي، وقد تنتج عن الحرمان البيئي والسلوك الطفولي، أو المشكلات الانفعالية، أو بطء النمو.

٥- تنتشر اضطرابات النطق بين الصغار والكبار، ولا تتفق مع اصوات النطق المتوقعة نهائيا طبقا لعمر الفرد وذكائه ولهجته.

٦- ينتج عن اضطرابات النطق معاناة الفرد من القلق وسوء التوافق، كما تتداخل مع التحصيل الأكاديمي والانجاز المهني والتواصل الاجتماعي.

٧- تزداد المشكلات إذا ارتبطت بالتخلف العقلي أو عجز الكلام الحسي الحركي أو الحرمان البيئي.

معدل انتشار اضطرابات النطق:

غير معروف معدلات انتشار اضطرابات النطق، حيث تختلف هذه المعدلات من مجتمع لآخر، وطبقا للمحكات التشخيصية ذكر أن هذه الاضطرابات تقدر في حدود ١٠% بين الأطفال دون الثامنة، وبنسبة ٥% بين الأطفال في عمر الثامنة وما بعدها وإنما تتناقص حتى تصل إلى ٥ر٠ من سن ١٧ سنة. وذكــــر في DSM IV أن اضطرابات النطق تنتشر بنسبة ٢ – ٣% بين الأطفال في عرم ٦ – ٧ سنوات، وإنما أكثر شيوعا بين أقارب الدرجة الأولى لوالدين لديهما هذا الاضطراب (عبد المعطي: ٢٠٠٣).

وقد أشار الرشيدي وآخرون (٢٠٠٠) إلى أن اضطرابات النطق هي أكثر المشكلات شيوعا من بين اضطرابات اللغة والكلام حيث تمثل ٨٠% من الحالات التي خضعت للعلاج الكلامي في المدارس الأمريكية العامة. وأشار الشخص (١٩٩٧) إلى أن انتشار اضطرابات النطق (مخارج أصوات الحروف) تصل إلى ٥% في المجتمع الأمريكي، وأنها تنتشر بين الأطفال بنسبة ٤% بسبب الإعاقة السمعية، وفي مصر أجرى فهمــي (١٩٧٥) دراسة أوضحت أن اضطرابات النطق تنتشر في العمر ٦ – ١٤ سنة بنسبة ٨ر ٥%، وأنها ٦ر٤% في البنين، ٧% لدى البنات، وكانت أخطاء الإبدال بنسبة ٩ر٣% وأنها في البنين ٥ر٢% وفي البنات ٣ر٥%. وفي المجتمــع السعودي أجــرى الشخص (١٩٩١) دراسة بمدينة الرياض على الأطفال العاديين في العمر ٦ – ١٢ سنة أظهرت أن نسبة انتشار اضطرابات النطق ٨ر٦% وأنها بين البنين ٥ر٧% وبين البنات ٤٧ر٥ %. وكانت نسبة انتشار اضطراب الإبدال ١٥ر٦%، والحذف ٤ر٢%، والتحريف ٢٩ر ٢% والإضافة ٣٣ر٠%، وكانت نسبة انتشار اضطرابات النطق في عمر ٦ سنوات

فأقل ٥ر٣٨% وفي عمر ٨ سنوات ٩٧ر١٤% وفي عمر ١٠ سنوات ١٦ر١٠% وفي عمر ١١ سنة فأكثر ٧٤ر٣%.

الملامح الإكلينيكية

كما سبق أن أوضحنا فإن اضطرابات النطق مجموعة مختلفة من الانحرافات الكلامية التي تتضمن: الإبدال، أو الحذف، أو الإضافة، أو التشويه، وقد يضاف إليها الضغط على المخارج ... إلخ.

١ - الإبدال Substitution

الإبدال أحد الاضطرابات التي تتصل بطريقة نطق الحروف وتشكيلها. وله مظاهر متعددة:

أ - الإبدال البسيط أو الجزئي Partial dyslalia

ويشمل إبدال حرف واحد بآخر، وفيه يكون الكلام واضحا عدا إبدال هذا الحرف، مثال ذلك:

- إبدال حرف (ر) إلى (ل): شجرة - شجلة/ خروف - خلوف/ مركب - ملكب.
- ابدال حرف (ر) إلى (ي): مدرسة - مديسة/ رغيف - يغيب/راجل - ياجل.
- إبدال حرف (ك) إلى (ت): كتاب - تتاب/ كراسة - تراسة/ سمكة - سمته.
- إبدال حرف (ي) إلى (غ): مدرسة - مدرغسه/ سيارة - سغارة/ تليفزيون - تليغزيون.
- إبدال حرف (ج) إلى (د): جمل - دمل/ جبنة - دبنة/ جوافة - دوافة/ جردل - دردل.
- إبدال حرف (ق) إلى (أ): قمر - أمر/ قرض - أرض/ حديقة - حديأه.
- إبدال حرف (س) إلى (ت): موس - موت/ فأس -فأت/ كراسة - كراته.
- إبدال حرف (ذ) إلى (ظ): ذئب - ظئب/ ذقن - ظقن/ نافذة - نافظة.
- ابدال حرف (ط) إلى (ت): طالب - تالب/ مطر - متر/ طائرة - تائرة.
- ابدال حرف (م) إلى (ن): ملح - نلح: شمع - شنع: مكتب - نكتب.

- إبدال حرف (ق) إلى (ك): ورق – ورك/ قرد – كرد/ حديقة – حديكة.

ب – إبدال شامل أو شديد: Universal dyslalia

وهو يأخذ أكثر من مظهر في نفس الكلمة الواحدة لدرجة تجعل فهمنا للكلام غير ممكن. من ذلك: إبدال أكثر من حرف في الكلمة الواحدة: مدرسة – مديسة/ شارع – سايع/ كراسة – تراته/ كرسي – تلسي/ قطار – كتاي (وفي مثل هذه الحالة يكون نطق الكلمة بصورة لا تماثل صوت الكلمة الأصلية).

ج – الثأثأة stigmatism: وهي أحد مظاهر الإبدال يحدث فيها إبدال حرف السين إلى أي حرف لخر. من ذلك:

- إبدال حرف (س) إلى (ث): سيارة – ثيارة/ سماء – ثماء/ سياسة – ثياثه. ويرجع هذا النوع من الإبدال إلى بروز طرف اللسان خارج الفم متخذا طريقه بين الأسنان الأمامية، ويطلق عليه الثأثأة الأمامية Interdentalis stigmatism.

- إبدال حرف (س) إلى (ش): شمسية – شمشية/ سمير – شمير/ سوسن – شوشن. ويرجع هذا الإبدال إلى مرور تيار الهواء في تجويف ضيق بين اللسان وسقف الحلق وتسمى الثأثأة الجانبية Lateral stigmatism.

- إبدال حرف (س) إلى (ث أو د): سوسن، ثوثن/ سبعة – ثبعة/ سكينة – دكينة/ سوق – دوق، سمك – دمك.. ويحدث هذا الإبدال نتيجة ارتفاع اللسان إلى أعلى الثنايا العليا من منطقة أعلى من التي تنطق عندها حرف (س)، وترجع إلى عدم قدرة الطفل على التحكم في حركات لسانه. ويسمى بالثأثأة غير السنية adentalis stigmatism.

- إبدال السين استعانة بالتجاويف الأنفية: ويحدث ذلك نتيجة لخروج الهواء من الأنف بدلا من الفم لوجود شق في سقف الحلق ووجود قطع بالشفة العليا – ويطلق على ذلك Nosal stigmatism.

هذا: ويغلب شيوع الثأثأة في العمر بين ٥ – ٧ سنوات بسبب تبديل الأسنان وعدم انتظام الأسنان القاطعة، أو لوجود انقطاع الشفة العليا (فهمي: د.ت).

٢ - الحــذف Omission:

وفيه يقوم الطفل بحذف بعض الحروف أو الأصوات التي تتضمنها الكلمة في محاولة منه لتبسيط الكلام.

- فقد ينطق الطفل جزءا من الكلمة: سواء كان في بدايتها أو وسطها، وإن كان معظم الحذف يحدث في نهاية الكلمات خاصة الحروف الساكنة. مثال ذلك: حمام - مام/ مدرسة - مدسة/ خروف - خوف/ كلب - كب/ كرة - كه، ولد - لد.
- وقد تمتد عملية التبسيط إلى حذف الطفل مقاطع صوتية تشمل مجموعة من الأصوات. مثال ذلك: عربية - بيه/تليفزيون - زون/ تليفون - فون، أكلت سمك - كت مك. وبصفة عامة فإن حذف الحروف أثناء النطق يؤدي إلى صعوبة فهم كلام الطفل لدرجة أنه لا يفهمه سوى الوالدان والمقربون لألفتهم به، ولمعرفتهم الإشارات والإيماءات التي يستخدمها في الكلام.. ويتصف الأطفال الذين يعانون من الحذف بما يلي:

أ - الكلام الطفلي الذي يتميز بعدم النضج.

ب - يقل الحذف في كلام الطفل كلما تقدم في العمر، على الرغم من أن الكبار قد يحذفون بعض المقاطع في كلامهم بسبب التوتر الشديد أو لوجود خلل في أجهزة النطق أو اضطراب في الجهاز العصبي.

ج - توجد حروف معينة يغلب على الطفل حذفها منها (ج - ش - ف) إذا أتت في أول الكلمة أو آخرها، بينما إذا جاءت في وسط الكلمة ينطقها (عبد المعطي ٢٠٠٣، البيلاوي: ٢٠٠٣، الشخص: ١٩٩٧).

٣ - الإضافـة Addition

وفيها ينطق الطفل حرفا أو صوتا زائدا عن الكلمة الصحيحة مما يجعل كلامه غير واضح أو غير مفهوم، وقد يُسمع الصوت الواحد وكأنه يتكرر. وإذا استمر ذلك يؤدي إلى صعوبة النطق واضطراب الكلام.

مثال ذلك: صصباح الخير - ممروحة - سسلا عليكم..

٤ - التحريف أو التشويه Distortion

وفيه يحدث تحريف أو تشويه مخارج الكلمات والحروف بحيث يبعد الصوت عن مكان النطق الصحيح، ويستخدم طريقة غير سليمة في عملية إخراج التيار الهوائي لإنتاج ذلك الصوت. وهو ينتشر بين الصغار والكبار (الببلاوي: ٢٠٠٥)، ومن أشكال تحريف أو تشويه النطق:

أ - نطق الطفل بشكل يقرب من الصوت الأصلي، وإن كان لا يشبهه تماماً - أي ينطق جميع الأصوات التي ينطقها العاديون، ولكن بصورة غير سليمة المخارج عند مقارنتها باللفظ السليم (الببلاوي: ٢٠٠٣)، مثال ذلك: مدرسة - مدرثه/ ضابط - ذابط/ كرة - كووه/ خلاص - هلاس.

ب - وقد يصدر الطفل صوت الكلمة بشكل خاطئ يبعد كثيرا من الصوت الحقيقي، ويحدث هذا في حالة تأخر الكلام عند الطفل إلى عمر ٣,٥ - ٤ سنوات، وي حالة ازدواجية اللغة أو بسبب طغيان لهجة على أخرى - مثال ذلك:

مدرسة - أسه/ شارع - أرى/ روح - أوح/ بابا - آآ/ كثير - ثيل/ صحة - إحه.

٥ - الضغط Pressure:

وفيه لا يستطيع الطفل نطق الحروف الساكنة (كحرف: ر - ل) بشكل صحيح لعدم قدرة الطفل على الضغط على سقف الحلق. وقد يرجع ذلك إلى اضطراب خلقي في سقف الحلق الصلب، أو اضطراب في اللسان والأعصاب المحيطة به (عبد المعطي: ٢٠٠٣).

خصائص اضطرابات النطق:

١- تنتشر هذه الاضطرابات بين الأطفال الصغار في الطفولة المبكرة: إذ تشيع في كلام الطفل في بداية اكتساب اللغة، ويتم التعرف عليها بصورة حادة بين الأطفال في سن الثالثة، وفي الحالات الأقل حدة لا يكون الاضطراب ظاهراً حتى سن السادسة، وغالبا ما تصحح مع تقدم الطفل في العمر، لكن استمراريتها تحتاج إلى تدخل علاجي.

٢- أكثر اضطرابات النطق شيوعا هي الحذف: ويأتي الإبدال في المرتبة الثانية، ثم التحريفات الكلامية.

٣- اضطرابات النطق عشوائية وغير ثابتة: فربما ينطق الطفل الصوت صحيحا مرة وغير صحيح مرة أخرى، وتشيع اضطرابات النطق أكثر في نهايات الكلمات في الجمل المعقدة الطويلة وأثناء الكلام السريع.

٤- تتفاوت اضطرابات النطق في حدتها، ودرجتها من طفل لآخر ومن مرحلة عمرية إلى أخرى، ومن موقف إلى آخر.

٥- يفضل علاج اضطرابات النطق في المرحلة المبكرة بتعليم الطفل كيفية نطق أصوات الحروف بطريقة سليمة وتدريبه على ذلك منذ الصغر (عبد المعطي: ٢٠٠٣، الشخص: ١٩٩٧).

الاضطرابات المصاحبة:

من الاضطرابات التي يشيع وجودها مع اضطرابات النطق – ما يلي:

١- يصاحب النطق المعيب اضطرابات لغوية عديدة كاضطراب اللغة التعبيرية، واضطراب اللغة الاستقبالية التعبيرية المختلط، واضطراب القراءة، والتأخر في النطق مثل نطق الكلمة الأولى والجملة الأولى، وبطء في نمو الحصيلة اللغوية، وفي المخرجات اللفظية، وفي تكوين العبارات والجمل.

٢- توجد علاقة بين اضطرابات النطق والتحصيل الأكاديمي والدرجات المدرسية والأداء المدرسي في القراءة والهجاء وصعوبات تعلم القراء والكتابة.

٣- يصاحب اضطرابات النطق مشكلات اجتماعية وانفعالية وسلوكية: فقد أثبتت الدراسة أن حوالي ثلث هؤلاء الأطفال يعانون اضطرابات نفسية: كالتبول اللاإرادي، اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، واضطراب قلق الانفعال، اضطراب التوافق، الاكتئاب.

أسباب اضطرابات النطــق

أشار العلماء والباحثون إلى أن العوامل المؤدية لاضطرابات النطق متعددة ومتداخلة، ويمكن تصنيفها في مجموعتين:

الأولى: عوامل عضوية: ترتبط باختلال أعضاء النطق، والاختلال بالجهاز العصبي، والجهاز السمعي.

الثانية: عوامل نفسية واجتماعية: ترتبط بالتنشئة الاجتماعية للطفل في البيئة الأسرية والمدرسية التي يعيش فيها، والاضطرابات الانفعالية التي يعانيها (الزراد: ١٩٩٠، الشخص: ١٩٩٧، عبد المعطي: ٢٠٠٣، الببلاوي: ٢٠٠٣، ٢٠٠٥، ٢٠٠٦).

أولاً: العوامل العضوية:

١ – اختلال أعضاء النطق:

اختلال أعضاء النطق أحد أهم العوامل المسببة لاضطرابات النطق خاصة: الحنك المشقوق، وشق الشفاه، ومشكلات اللسان، وعيوب الأسنان، واختلال الفكين:

أ – عيوب سقف الحلق: خاصة الحنك المشقوق وهو خلل تكويني يورث بسبب عدم التئام عظام وأنسجة الحنك مما يؤدي إلى فتحة داخل الفم تجعل الهواء يندفع عبر الأنف مما يخلق نغمة أنفية في الكلام، وتختل الأصوات الاحتكاكية والاحتباسية والانفجارية.

ب – الشفاه المشقوقة: فإصابة إحدى الشفتين أو كلتيهما (الشفاه الشرماء) يؤدي إلى احتباس الهواء عند نطق الحروف الوقفية (كالباء)، كما يصعب على الفرد نطق الأصوات التي تشترك فيها الشفتان كالواو - الميم.

ج – مشكلات اللسان: ومنها:

١- عقدة اللسان: التي تؤدي إلى قصر الأربطة مما يعوق سهولة حركة اللسان، فيتأثر تبعا لذلك نطق بعض الأصوات التي تحتاج لاستعمال طرف اللسان - كأصوات (ت، د، ط)، أو الأصوات التكرارية كصوت (ر).

٢- اختلاف حجم اللسان فقد يكون حجم اللسان صغير جدا او كبيرا جدا مما يعوق عملية تشكيل اصوات الكلام

٣- أورام اللسان: التي تؤدي إلى تضخم اللسان وإعاقة حركته، وتتأثر تبعا لذلك الأصوات التي تحتاج إلى نطقها بطرف اللسان فيصعب نطقها.

٤- اندفاع اللسان: حيث أن ثقل اندفاع اللسان تجاه الأسنان العليا والقواطع أثناء البلع يؤدي إلى تشويه بعض الأصوات.

د – عدم تناسق الأسنان: فنظراً لأن الأسنان تشترك في مخارج كثير من الحروف – لذلك فإن تشوه الأسنان وعيوبها وعدم انتظامها يشترك في حدوث اضطرابات النطق خاصة الأصوات الاحتكاكية وسقوط الأسنان الأمامية العلوية يصاحبه اختلالات مؤقتة للنطق تزول مع ظهور الأسنان الدائمة.

هـ - عدم تطابق الفكين: فبروز أحد الفكين عن الآخر يؤدي لحدوث خلل في إطباق الأسنان ومن ثم اضطراب النطق. بالإضافة إلى أن عدم القدرة على التحكم في حركة الفك السفلي يعوق ممارسة النطق والكلام بصورة طبيعية.

٢ - **اختلال الجهاز العصبي:**

يؤدي اختلال الجهاز العصبي إلى كثير من اضطرابات النطق – سواء كان الخلل إصابة حدثت قبل أو أثناء أو بعد الولادة، مما ينجم عنه مشكلات النطق، من هذه الاختلالات:

أ – الشلل الدماغي: فقد أشارت الدراسات الخاصة بالاضطرابات النيرولوجية الحركية إلى أن اضطرابات النطق تنتشر بين الأطفال المصابين بالشلل الدماغي بما يقرب من ٧٠%. ومن أشكال اضطرابات النطق التي يعاني منها المصابون بالشلل الدماغي، ما يلي:

١- شلل عضلات النطق: فإصابة مراكز الدماغ تحد من القدرة على ضبط وتحريك العضلات المسئولة عن الكلام ومنها عضلات الفكين والحنك واللسان والرئتين – الأمر الذي يؤدي إلى اضطرابات النطق ومخارج الكلام.

٢- الخلل في تتابع الكلام (أبراكسيا) Apraxia: ويظهر الاضطراب في شكل خلل في تتابع الكلمات والعبارات بترتيب ونسق معين، مما يجعل الفرد غير قادر على إعادة الكلمات والعبارات بشكل صحيح – وهذا يؤدي إلى اضطرابات النطق.

٣- عسر الكلام Dysarthria: اضطراري حركي في الكلام يرجع إلى إصابة في الجهاز العصبي المركزي يؤدي إلى تغيرات في النطق الصوتي والإيقاع فتخرج الأصوات انفجارية، وقد ينطق الفرد بعض مقاطع الكلمة دون الأخرى.

ب – الإعاقة العقلية: فالمتخلفين عقليا يعانون من انتشار اضطرابات النطق لديهم بصورة أكبر مما لدى العاديين، وإن كانت نسبة انتشارها بين المتخلفين عقليا تختلف باختلاف العمر وشدة الإعاقة.

٣ – اختلال الجهاز السمعي:

يلعب الضعف السمعي دورا حيويا في تدهور النطق، وكلما ازدادت حدة الضعف السمعي كانت اضطرابات النطق أكبر وأعمق – ومنها:

أ – أن ضعاف السمع يتحدثون بمعدل أبطأ من العاديين بسبب طول الأصوات الساكنة والمتحركة معا.

ب – أنهم يستخدمون سكتات متكررة أكثر ويستخدمون انتقالا أبطأ من النطق.

ج – تميل نماذج الضغط (طول أول أو وسط أو آخر الكلمة) إلى أن تكون ملائمة – حيث لا يميز المعاقون سمعيا طول الفترة بين المقاطع المضغوطه وغير المضغوطة.

د – غالباً ما توجد لدى الأطفال ضعاف السمع مجموعة من المتلازمات اللغوية والكلامية الأخرى: كسوء الفهم، ومشكلات الذاكرة السمعية، ومشكلات نهاية الكلمة أو الوصول إلى الكلمة.

و – ترتبط العلاقة السمعية بمشكلات استقبال الكلام وضعف الحصيلة اللغوية، واضطرابات النطق والكلام النمائية – وتزداد اضطرابات النطق كما وكيفا بزيادة درجة فقدان السمع.

ثانياً: العوامل النفسية والاجتماعية والبيئية:

١ – الظروف الأسرية:

فالظروف الأسرية غير المواتية ترتبط ارتباطا مباشرا باضطراب اللغة بصفة عامة واضطرابات النطق على وجه الخصوص – ومنها:

أ – عمر الوالدين: فالوالدان صغار السن يتركان الطفل مهملا غير مستثار فيعاني من صعوبة النطق، كما أن كبر عمر الوالدين يجعلهما يدللان الطفل ولا يقومان بتصحيح الأصوات الساكنة ولا يهتمان بتصحيح أخطائه.

ب – الجو الأسري: فالظروف الأسرية غير السوية ترتبط باضطرابات النطق، والأطفال الذين انفصلوا عن الأم بسبب (السفر، الطلاق، الانفصال، الوفاه) فإنهم يعانون اضطراب النطق والكلام. والأطفال في دور الأيتام والملاجئ الذين لا تتوفر لديهم عوامل التربية والتدريب والتنشئة الاجتماعية الجيدة تشيع بينهم اضطرابات النطق بدرجة كبيرة.

ج – المستوى الاقتصادي والاجتماعي: فالأطفال المنحدرين من أسر حالتها الاجتماعية الاقتصادية منخفضة تثبت الآثار السلبية الممكنة لإثارة الحديث غير المناسب وتعزيزه في هذه الأسرة، من ثم تزداد اضطرابات النطق بينهم.

٢ – الظروف البيئية غير المواتية:

أ – المشكلات المدرسية: فالعقاب والخبرات غير السارة والمقارنات المتكررة بين الأطفال والإخفاق والرسوب المتكرر، وأساليب معاملة المعلمين ترتبط جميعها باضطرابات النطق عند الأطفال.

ب – التقليد والمحاكاة: فلو كان أحد الوالدين أو الكبار المحيطين بالطفل يعانون من اضطرابات النطق ويخطئون في نطق كلمة ما – فإنهم بذلك يمثلون نماذج يمكن أن يقلدها الطفل.

ج – التعلم الخاطئ للكلام في السنوات المبكرة: فالتعلم الخاطئ من نماذج كلامية غير سليمة، والمستويات المنخفضة من الاستثارة والدافعية – تؤدي إلى تثبيت الاضطرابات الخاصة للنطق.

٣ - **الاضطرابات الانفعالية:**

فالفزع، والقلق الشديد، والمخاوف المرضية، والصدمات الوجدانية، والمشكلات الأسرية الحادة، وتصدع الأسرة، والحرمان العاطفي للطفل من الوالدين، والخلاف الشديد من الوالدين، والرعاية والتدليل الزائدين، وما إلى ذلك يؤدي إلى اضطرابات النطق عند الطفل - حتى بدون وجود عوامل عضوية.. وكثير من الأطفال يعانون اضطرابات النطق في أوقات أو مواقف معينة دون غيرها وفقا لما يصاحبها من اضطرابات انفعالية.

تشخيص اضطرابات النطق

يتم تشخيص اضطرابات النطق عن طريق فريق من الأخصائيين.. وأول من يلاحظ اضطرابات النطق عند الطفل هم الوالدين والأخوة، كما يلاحظها مشرفات رياض الأطفال ومعلمي ومعلمات المرحلة الابتدائية. ويجب عدم إهمال الوالدين والمعلمين مشكلة اضطرابات النطق لدى أطفالهم حتى يسهل علاجها، وحتى لا تتفاقم مشكلات واضطرابات النطق فتؤدي إلى اضطرابات لغوية أشد، أو ينعكس آثارها على نفسية الطفل - وهنا يجب تحويل الطفل للمراكز المتخصصة لتشخيص وعلاج اضطرابات النطق لديه، ويتكون فريق التشخيص من: أخصائي التخاطب، وأخصائي الأنف والأذن والحنجرة، وأخصائي الفم والأسنان، والأخصائي النفسي. وقد أوضح البيلاوي (٢٠٠٣) العمليات التي يقوم بها كل منهم في عملية تشخيص اضطرابات النطق على النحو التالي:

١ - **أخصائي اللغة والتخاطب:**

لتشخيص اضطرابات النطق لدى الطفل فإن أخصائي اللغة والتخاطب يقوم بجمع عينات من كلام الطفل لتحليلها وتحديد نوع الاضطرابات التي يعاني منها الطفل - ويتم ذلك باستخدام الأساليب التالية:

أ - الحوار مع الطفل:

يقوم أخصائي التخاطب بإجراء حوار مع الطفل ليتمكن من تحديد مدى سلامة نطق الطفل، التعرف على اضطرابات النطق لديه. وعادة ما يتحاور مع الطفل حول اهتماماته، وألعابه، وأصدقائه، ما يحبه ومالا يحبه من أشياء... إلخ. وعادة ما يستخدم الأخصائي أسئلة مفتوحة يجيب عنها الطفل بكلام يجد فيه الأخصائي مجالا يستطيع تحليله.. وفي حالة الأطفال الذين لا يستجيبون للحوار عادة ما يتم أخذ عينات من المحادثات بين الطفل

ووالديه أو أخوته أو أصدقائه التي يلاحظها الأخصائي داخل غرفة الملاحظة عير مرآة أحادية الاتجاه.. ومن ثم: يستطيع الأخصائي تقدير عيوب النطق وتسجيلها.

ب ـ أسلوب تسمية الأشياء:

فأخصائي التخاطب يحاول الاستفادة من الأشياء والأشخاص والكائنات الموجودة في البيئة المحيطة بالطفل، وفي غرفة الفحص، ليسأل الطفل عن أسمائها. وهو أسلوب فعال لنطق كلمات معزولة يمكن أن تحتوي على أصوات ينطقها الطفل بطريقة خاطئة، ومنها يمكن التعرف على اضطرابات النطق.

ج ـ أسلوب الألفاظ المتتابعة:

حيث يطلب أخصائي التخاطب من الطفل التلفظ بألفاظ متتابعة، كذكر أيام الأسبوع، شهور السنة، الحروف الأبجدية، عد الأرقام، تسمية الألوان، أو غناء بعض الأغنيات أو الأناشيد التي يحفظها... إلخ. فمنها يجمع الأخصائي عينات من كلام الطفل يستطيع من خلالها التعرف على الأصوات غير الصحيحة في النطق.

د ـ أسلوب الملاحظة:

حيث يقوم أخصائي التخاطب بملاحظة الطفل أثناء أنشطة اللعب، التفاعل مع الأقران، سرد قصة يعرفها أو التعليق على بعض الصور التي تحتويها بعض قصص وكتب الأطفال. ويسجل عينات من كلام الطفل الحواري.

هـ - أسلوب التقليد والمحاكاة:

حيث ينطق أخصائي التخاطب أصوات بعض الحروف والكلمات، ثم يطلب من الطفل نطق كل حرف أو كلمة، وأن يقلد صوته. ومن ذلك يتمكن الأخصائي لأخذ عينات من نطق الطفل يستطيع من خلالها الوقوف على اضطرابات النطق لديه:

ومن خلال ذلك: يتمكن أخصائي التخاطب التعرف على ما لدى الطفل من اضطرابات نطق كالإبدال، أو الحذف، أو الإضافة، أو التشويه.

٢ - أخصائي الأنف والأذن والحنجرة:

لابد لأخصائي التخاطب عند الوقوف على وجود اضطرابات النطق لدى الأطفال تحويله إلى طبيب أو أخصائي الأنف والأذن والحنجرة للوقوف على المشكلات العضوية المرتبطة بالنطق: كالتهابات الحلق، والزوائد الأنفية، مدى انتظام الحنك الصلب

وسلامته، فربما يظهر الفحص وجود شق أو خلل به، وفحص حركة اللهاة، ومدى سلامة الأحبال الصوتية، وكفاءة حركة الشفتين وانطباقهما، والقدرة على التحكم فيها، وحركة اللسان والقدرة على السيطرة عليه، ومدى مناسبة طوله لحجم الفم، وحركة الفكين ومدى قدرة الطفل على إطباقهما.. وما إلى ذلك من اضطرابات عضوية تؤدي إلى اضطرابات النطق.

٣ - **أخصائي الفم والأسنان:**

ويقوم بفحص مدى انتظام الأسنان، أو وجود تشوهات بها، أو تساقط بعضها أو وجود فجوات واسعة بينها تؤدي إلى اضطراب في مخارج الحروف.

٤ - **أخصائي الأمراض الصدرية:**

ويتلخص دوره في تحديد مدى كفاءة الجهاز التنفسي وقدرته على إنتاج هواء الزفير الكافي لإخراج الأصوات بشكل مناسب مما يؤثر على كفاءة النطق من عدمه.

٥ - **أخصائي السمع:**

لابد من فحص درجة السمع عند الطفل – خاصة أن ضعف قدرته على السمع ترتبط إلى حد كبير باضطرابات السمع، وعلى الرغم من أن الوالدين والمحيطين بالطفل لا يلاحظون ضعف قدرته على السمع خاصة إذا كانت درجة الفقدان بسيطة – وتتضمن عملية فحص السمع ثلاثة إجراءات:

أ – فحص القدرة على التمييز السمعي: أي قدرة الطفل على التمييز بين مثيرات سمعية مختلفة تتضمن: الأعداد والأصوات، والكلمات، والجمل، والمقاطع التي لا معنى لها، والإيقاعات المتنوعة.

ب – فحص الذاكرة السمعية: أي القدرة على تذكر المثيرات السمعية. وتتضمن اختبارات الذاكرة جملا وكلمات وأعداد ومقاطع عديمة المعنى.

ج – الفهم السمعي: أي القدرة على التعرف وتفسير المثيرات السمعية.

٦ - **الأخصائي النفسي:**

ويقوم الأخصائي النفسي بمحاولة الوقوف على العوامل النفسية المرتبطة باضطرابات النطق – وذلك من خلال:

أ – دراسة تاريخ الحالة:

وتتضمن معلومات عن الطفل وتاريخه النمائي، والصحي، والأمراض التي تعرض لها، وأي حوادث أو إصابات قد تكون سببا في تلف مراكز المخ المسئولة عن إنتاج الكلام وفهمه، وكذلك الكشف عن المشكلات الاجتماعية، وطبيعة العلاقة بالوالدين والأخوة والرفاق والمعلمين، وانعكاس المشكلات النفسية والاجتماعية على اضطرابات النطق.

ب – قياس الكفاءة العقلية:

قياس الأداء العقلي له أهميته في الكشف عن اضطرابات النطق، ولابد من تطبيق أحد اختبارات الذكاء (كاختبار ستانفورد بينيه للذكاء – اختبار وكسلر للذكاء).

ج – التقدير القياسي بكفاءة النطق:

وذلك باستخدام أحد الاختبارات الآتية:

- مقياس كفاءة النطق المصور – إعداد إيهاب الببلاوي (٢٠٠٦).
- اختبار كفاءة النطق.
- اختبار القابلية للاستثارة اللغوية.
- الاختبار العميق للنطق.

ومن خلال ذلك يتم كتابة تقرير تشخيصي لحالة الطفل يتمكن المعالج بناء عليه عمل برنامج علاجي لعلاج اضطرابات النطق والكلام لديه.

عـلاج اضطرابات النطق

ليس هناك طريقة محددة لعلاج اضطرابات النطق، وإنما تختلف الطرق والمداخل العلاجية باختلاف كل حالة من حيث: نوع الاضطراب في النطق لديه، وباختلاف الظروف العضوية المسببة للاضطراب، وباختلاف الظروف البيئية والاجتماعية التي يعايشها. وبصفة عامة فلابد من أن يتضمن علاج اضطرابات النطق تدريبات لتقوية أعضاء النطق، وتدريبات لغوية لتصحيح الاختلالات المرتبطة بالنطق، وتدخل علاجي نفسي لتقوية الثقة بالنفس لدى الطفل وتدعيم ممارساته اللغوية.

أولاً: تدريب أعضاء النطق:

وتشمل تمرينات رياضية لتقويم أعضاء الجسم، وتمرينات خاصة بالتنفس، وتمرينات لتقوية عضلات أعضاء النطق الفمية ومخارج الحروف.

١ - التمرينات الرياضية:

وتهدف إلى تقوية عضلات البطن والصدر والرقبة لما لها من دور في عملية الكلام ونطق الأصوات. ويدخل في ذلك ممارسة الطفل حركات رياضية للعضلات التي لها علاقة بتنبيه التنفس والدورة الدموية كالوثب والتوازن، وتقليد حركات الطيور والحيوانات، وتقليد الأصوات والغناء والتصفيق.

٢ - تمرينات خاصة بالتنفس:

وتستهدف تدريب الطفل على التنفس العميق لتوسيع الصدر، والتعود على دفع الزفير، وإخضاع الجهاز التنفسي لنظام محدد بحيث يكون الشهيق من الأنف مع قفل وثبوت الأكتاف، وأن يخرج هواء الزفير من الفم بصوت مسموع، وأن يتم استيعاب سريع للهواء وزفير بطيء، أو استيعاب سريع وزفير سريع، أو استيعاب بطيء وزفير بطيء.. إلخ.

٣ - تمرينات لتقوية عضلات النطق والتحكم في حركاتها:

ويشمل ذلك حركات الفكين والشفتين واللسان في أوضاع وتشكيلات مختلفة – ومنها:

أ - تمرينات لتقوية اللهاه وجعلها متحركة: عن طريق التثاؤب والضحك والنفخ في أنابيب.. وغيرها.

ب - تمرينات لتقوية الحلق وتنشيط العضلات الصوتية وتدريب عضلات إحداث الحروف.

ج - تمرينات لضبط حركات سقف الحنجرة الرخو من الحنك الأعلى.

د - تمرينات لحركات الشفتين لنطق الحروف الشفاهية. ويتم ذلك بمساعدة مرآة لرؤية الشفتين أثناء الفتح أو الالتقاء، أو الانفراج، أو التكور أو اقتراب الشفة السفلى من الأسنان العليا.

هـ - تمرينات لضبط حركة اللسان: بلمس اللسان للشفة العليا، ثم السفلى، فتح الفم وتسطيح اللسان والتدليه بالتناوب، نطق الحروف الساكنة لإكساب اللسان مرونة.

و - تمرينات لتدريب التجويف الأنفي وإكساب صوت الطفل صفة الرنانة (لمياء جميل: ٢٠٠٢).

ثانياً: تدريبات في النطق والكلام:

تسير في مرحلتين:

الأولى: التدريب على اكتساب النطق السليم:

ويتم في هذه المرحلة تدريب الطفل على نطق الصوت بطريقة صحيحة. ويسير التدريب التصحيحي لاضطرابات النطق في الخطوات التالية:

أ – **الاستماع:** أن يتاح للطفل أن يسمع الخطأ في نطقه، ويشار إلى الحروف الخاطئة عن طريق المعالج. وفي هذه الخطوة، لابد أن يتاح للطفل أيضا أن يسمع الحرف كما ينطقه المعالج – بعد ذلك يتعلم أن يميز بين نطق الصوت عن طريق المعالج ونطقه هو للصوت (ويمكن أن يستخدم جهاز تسجيل في ذلك).

ب – **التركيز على المعاني:** إتاحة الفرصة للطفل لإدراك ما يطرأ من تغيرات على معاني الكلمات نتيجة لاضطراب النطق لديه (سواء كان بالإبدال أو الحذف أو التحريف)، حتى يقتنع بالخلل في فهم الآخرين لكلامه – ومناقشته في ذلك لخلق الدافعية لديه لضرورة تصحيح أخطائه في النطق.

ج – **تدريب الطفل على النطق الصحيح للحرف المضطرب حتى يتقنه:** وقد يستخدم في ذلك اللعب، الصور، القصص وتبعا لعمر الطفل، ويستخدم في ذلك تدريبات التحكم في حركة اللسان عند نطق الحرف، ونطق الحرف المستهدف من خلال تكرار نطقه منفردا، وداخل كلمات (في بداية الكلمة، وفي الوسط، وفي نهاية الكلمة). ويتم ذلك في جلسات متتابعة تستغرق كل جلسة ٢٠ – ٣٠ دقيقة ولمدة ٤ – ٥ جلسات أسبوعيا، وربما تستغرق مدة التدريب ما بين ٣ – ٦ شهور.

د – **تستخدم مبادئ تعديل السلوك في التدريب التصحيحي لاضطرابات النطق**، على النحو التالي:

- تحديد السلوك اللغوي للطفل وما يستطيع نطقه وكيفية النطق.

رسم خط قاعدي لعدد مرات نطق الطفل للصوت المضطرب، وكذلك نطقه بصورة صحيحة.

استخدام أساليب التدريب السلوكي: التقليد والمحاكاة (لصوت المعالج)، التكرار، الحث المناسب كي يساعد الطفل على نطق الصوت المستهدف بصورة صحيحة (وأن يتم تقليل الحث تدريجيا إلى أن يصل الطفل إلى نطق الصوت المستهدف بصورة صحيحة وبأكبر

عدد ممكن من الإتقان)، كما يستخدم التشكيل والتقريب المتتابع لمساعدة الطفل للوصول إلى النطق السليم، وفي جميع الحالات فإن التعزيز يلعب دورا هاما في تدعيم النطق الصحيح، ولخلق مزيد من الدافعية للطفل للنطق السليم وحتى يتعود عليه – خاصة بالنسبة للأطفال الصغار (الزراد: ١٩٩٠، الشخص: ١٩٩٧).

المرحلة الثانية: التعميم:

وفيها يحاول المعالج جعل الطفل متوائما مع الأصوات الصحيحة عن طريق استخدامها في الكلمات المألوفة، حتى يعتاد الطفل عليه ونطقه باستمرار وفي مواقف مختلفة بطريقة صحيحة، وأن يكرر الصوت الصحيح ويستخدمه كثيرا حتى يعتاد عليه – أي أن يتم تعميم استخدام أصوات للنطق الصحيحة بصورة تلقائية.

وفي هذه المرحلة: لابد من استخدام الصوت الذي تم علاجه ضمن مقاطع صوتية أو كلمات جديدة ومتنوعة، واستخدامه في مناسبات وأحاديث مختلفة (الشخص: ١٩٩٧).

وإذا كان الطفل يعالج عن طريق معالج باثولوجي للتخاطب: فإنه يجب على الوالدين والمعلم في الفصل أن يتكاتفوا معه حتى لا تتناقض طرقهم مع ممارسات المعالج، ويؤدي ذلك إلى نتيجة سلبية على الطفل على عكس ما يتمناه.

ثالثاً: العلاج النفسي:

ويستخدم هذا التدخل العلاجي مصاحبا للعلاجي التصحيحي للنطق خاصة مع الأطفال الذين جاوزوا الثامنة من العمر وتكون مشكلات النطق قد تسببت في مشكلات مع الأقران واضطرابا في التعلم وانعكست على صورة الذات، وعندما يكون الاضطراب حادا جدا لدرجة أن كثيرا من الحروف تنطق خطأ، أو تتضمن أخطاء واضحة من الحذف أو الإبدال أو التحريف، وإذا كان الأطفال المصابون باضطرابات النطق يتعرضون باستمرار بالنبذ من الأقران أو أنهم أصبحوا منعزلين وسيئي التوافق – عندئذ فإن العلاج النفسي يستهدف تقديم المساندة والتدعيم خاصة تدعيم الطفل بالأقران، وهو مفيد في تقليل حالة التدهور الاجتماعية المصاحبة لاضطرابات النطق إلى أدنى حد (عبد المعطي: ٢٠٠٣).

الفصل السادس

اضطرابات الصوت

- مقدمة.
- تعريف اضطرابات الصوت.
- الملامح الإكلينيكية.
- معدل انتشار اضطرابات الصوت.
- العوامل المرتبطة باضطرابات الصوت.
- تشخيص اضطرابات الصوت.
- علاج اضطرابات الصوت.

الفصل السادس
اضطرابات الصوت

مقدمـــة:

الوالدان والمعلمون هم أول من يتعرف على الأطفال ذوي الاضطرابات الصوتية من الصغار ولدى أطفال المدرسة الابتدائية.. وعلى الرغم من أن كثيرا من المعلمين يعملون مع أطفال من ذوي صعوبات التواصل تؤثر على اللغة والكلام، إلا أن القليل منهم لديه خبرة في التعامل مع اضطرابات الصوت.

لكن متى يكون هناك اضطراب في الأصوات اللغوية؟

لابد هنا من التفريق بين الصوت الطبيعي أو العادي والصوت المضطرب.. فالصوت الطبيعي يتميز بالسلاسة في انسيابه ارتفاعا وانخفاضا، والتغير في طبقته تبعا لطبيعة الكلمات والحالة الانفعالية للمتكلم: وأن يتميز بفواصل مقبولة بين الكلمات بحيث تكون مفهومة من المستمع وتترك لديه أثرا سمعيا مقبولا.. ويحدث اضطراب الصوت بوجه عام عندما تختلف جودة صوت المتكلم ونغمته ودرجة علوه أو مرونته بشكل واضح عن أصوات من هم في نفس عمره أو جنسه أو الخلفية الثقافية التي يعيش فيها.

تعريف اضطرابات الصوت

من الصعب وضع تعريف دقيق لما يشكل اضطرابات الصوت، ذلك أن عملية إنتاج الصوت عملية معقدة وتستلزم تفاعل الجهاز التنفسي وتآزر عضلات الحنجرة وتفخيم الصوت من خلال الذبذبة الكهربية في الدماغ والصدر. والصوت لا يظل ثابتا لدى الفرد مدى الحياة ولكنه يتغير تبعا لعمره وجنسه ويتأثر بالتغيرات الفسيولوجية والصحة البدنية والنفسية، وعادة ما يتغير الصوت ودرجته وجودته ابتداء من السادسة عشرة من عمره حيث تحدث تغيرات ملحوظة في صوت المراهق عما كان في طفولته (Boyle, 2000).

وفي ضوء ما سبق يمكن تعريف اضطرابات الصوت بأنها: "اختلال في إصدار أصوات اللغة بحيث تبدو غير مقبولة من حيث ارتفاع الصوت أو طبقته أو نوعه، أو توقيته وايقاعاته، بما لا يتفق مع عمر الفرد أو جنسه أو معايير مجتمعه"

الملامح الإكلينيكية لاضطرابات الصوت

تظهر اضطرابات الصوت في أشكال عديدة – هي:

أولاً: اضطرابات نوعية الصوت

يقصد بنوعية الصوت: الخصائص المميزة لصوت فرد ما وتطبعه بطابع يميزه عن غيره.. وتتحدد نوعية الصوت من خلال اندفاع لسان المزمار واهتزاز الأوتار الصوتية بما يؤثر على النغمات الصوتية الصادرة، ويتم تعديل تلك الأصوات في الحنجرة والفم والأنف – فيخرج الصوت مضطرب النغمة أو الرنين.. ومن ثم فإن من اضطرابات نوعية الصوت ما يلي:

١ – <u>اضطراب نغمة الصوت:</u>

ويرتكز على إخراج الأصوات التي تتموضع في الحنجرة، ويأخذ اضطراب نغمة الصوت مظهرين هما:

أ – الصوت الخشن أو الغليظ Harshness

وهو صوت غير سار وغير واضح، ويبدو الحديث مملا ومتعبا للمتكلم والمستمع. وترجع خشونة الصوت لدى الصغار بسبب تقليد الأصوات العالية أو الحديث والصراخ بصوت مرتفع للغاية، وبالنسبة للراشدين تشيع بين الأفراد الذين تتطلب أعمالهم الصوت العالي مما يؤدي إلى إجهاد الأحبال الصوتية فتبدو متوردة منتفخة متشنجة ضعيفة المرونة قليلة الاهتزاز، فيخرج الصوت مرتفع الشدة منخفض الطبقة مصحوب بالتوتر والإجهاد الزائد عند الكلام.

ب – بحة الصوت Huskiness

الصوت المبحوح صوت خليط من الهمس والخشونة، وهو صوت منخفض الطبقة الموسيقية وقد يصاحبه خشونة تجعله أجشا، فيه يحدث تداخل التنفس مع الصوت فيما يشبه النهجان، وهو يرجع إلى خلل بنائي في الحنجرة أو شلل في الأحبال الصوتية مما يعوق عمل الذبذبات الصحيحة في الهواء المنساب من الرئتين. وغالبا ما ينتج الصوت المبحوح من الاستخدام السيئ للصوت أثناء الصياح أو نتيجة نزلات البرد أو التهاب اللوزتين ونتيجة عدوى أعلى الجهاز التنفسي فيحدث التهاب في أنسجة الحنجرة والأحبال

الصوتية والعضلات التي تحكم هذه الأحبال وينجم عن ذلك اضطرابات في إخراج الأصوات حيث تخرج من ثنايا الأحبال الصوتية الصغيرة ويكون التنفس صعباً، وتكون بحة الصوت مؤقتة أو تدوم لفترة.

ولكن عندما تستمر البحة أو فقدان الصوت أو يتكرر ذلك كثيرا دون أي عدوى ذات صلة بالجهاز التنفسي فإنها تصبح مزمنة. وفي حالة الراشدين يقوم الممارس العام بإحالة المرضى إلى قسم الأنف والأذن والحنجرة بالمستشفى لمعرفة مدى استمرارية البحة أو احتمالية وجود اضطراب مستديم في الصوت، ومن ثم: يتم تحويله إلى أخصائي اللغة والكلام المتخصص في علاج الصوت إذا لزم الأمر.. وفي الوقت الحاضر توجد عيادات مشتركة يقوم فيها فريق به استشاري وأخصائي لغة وتخاطب متخصص في علاج الصوت - بتقييم المريض وعلاجه منذ البداية (Mathieson, 1995).

٢ - <u>اضطراب رنين الصوت</u>

يعتمد رنين الصوت على توازن تكبير الصوت في التجويفات المختلفة التي تستخدم لهذا الغرض: كالتجويف الفمي، والتجويف الأنفي، والتجويف البلعومي، والتجويف الحلقي (منطقة إخراج الصوت).. ويتأثر توازن رنين الصوت بحجم هذه التجويفات وبقدرة الفرد على توجيه انسياب الهواء – الصوت كلما دعت الحاجة.

ومن مظاهر اضطراب رنين الصوت:

أ - الكلام اللا أنفي Denasel speech

وهو اختفاء أو عدم كفاية الرنين الصوتي في الأنف كما لو أن الفرد عنده زوائد أنفية شديدة أو زكام مزمن، أو كما لو أنه يتكلم وهو يضغط على أنفه بإصبعين. فالهواء الذي يمر من خلال التجويف الأنفي يكون غير كاف – وهو ما يتضح في كل من أصوات الحروف الأنفية والأصوات التي تصدر من التجويف الفمي (الرشيدي وآخرون: ٢٠٠٠).

ب – الكلام الأنفي Denasel speech

وهو ما يطلق عليه الخمخمة أو الخنف Dyslalia nasalis or rhinolalia: فالمصاب بهذا الاضطراب الصوتي يجد صعوبة في إحداث جميع الأصوات الكلامية: فتبدو الحروف المتحركة كأن فيها "غُنة"، وتظهر الحروف الساكنة بأشكال مختلفة

متباينة من الشخير أو الخنن أو الإبدال. وأكثر أصوات الحروف تشويها حرفي "الميم – النون" التي تخرج بأصوات غير مألوفة.. ويرجع الكلام الأنفي أو الخنف لوجود فجوة في سقف الحلق منذ ميلاد الطفل تكون في بعض الأحيان شاملة للجزء الرخو والصلب من الحلق، والشفاه، وقد تظهر فجوة Cleft في سقف الحلق أو يحدث إنشقاق في الشفاه خاصة الشفة العليا – وذلك من شأنه إخراج الصوت عن طريق التجويف الأنفي – وهذا يؤدي إلى جعل المصاب هدفا للنقد والسخرية مما يجعله قلقا هيابا قليل الثقة بالنفس منطويا ومنزويا (فهمي: د.ت، الزراد: ١٩٩٠).

ج – الصوت التشنجي Spastic Dysphonia

هو صوت غير متناسق من حيث الارتفاع أو الانخفاض أو الطبقة الصوتية، يكون سريعا ومتوترا – حيث يتحدث الفرد بصوت مرتعش مهزوز مخنوق، أو يأتي صوته بجهد وتكلف وكأنه يحمل شيئا ثقيلا. ويحدث الصوت المتشنج لدى الأطفال والكبار في مواقف الخوف والارتباك، وقد يرجع إلى الالتهابات الدماغية التي تجعل الفرد عاجزا عن التوافق بين حركات أعصابه حسب الاحتياجات الوظيفية: كما في حالات عتة الشيخوخة (الزراد: ١٩٩٠، الشخص: ١٩٩٧).

د – كلام الفم المغلق:

وهو أحد اضطرابات الرنين الصوتي ويشيع في كثير من اللهجات حيث يحاول الأفراد التحدث بأسنانهم وتكون شفاههم مفتوحة بشكل بسيط مما يؤدي إلى إفراط في الأصوات الأنفية ومكونات غير دقيقة لكل من الأصوات المتحركة والساكنة.. إن هذا النوع من الكلام يشير إلى توتر شديد في الحنجرة نتيجة الصوت الأجش، وهذا يتطلب جهد كبير لإنتاج كلام يفهم بسهولة (الببلاوي: ٢٠٠٥).

ثانياً: اضطراب طبقة الصوت

تشير طبقة الصوت إلى ارتفاعه أو انخفاضه بالنسبة للسلم الموسيقي.. ولكل فرد مدى معين لطبقة الصوت يتناسب مع عمره الزمني وجنسه وتكوينه الجسمي – بحيث إذا اختلف عنه ارتفاعا أو انخفاضا فإن ذلك يشير إلى اضطرابه.

ومن مظاهر اضطراب طبقة الصوت ما يلي:

١ - اضطراب الفواصل الصوتية:

ويقصد بذلك التغيرات غير الطبيعية في طبقة الصوت، والانتقال السريع غير المضبوط من طبقة إلى أخرى - مثل:

أ - الانتقال من الصوت الخشن إلى الصوت الرفيع أو العكس: مما يؤدي إلى عدم وضوح الصوت.

ب - عدم وجود نغمة صوتية: مما يؤدي إلى عدم تناسب الصوت مع ما يتضمنه الكلام. إن مثل هذه الأصوات تكون فاقدة التعبير ومزعجة للمتكلم والسامع.

٢ - الصوت الرتيب:

حيث تخرج أصوات الكلام في إيقاع واحد ووتيرة واحدة دون القدرة على التغيير في الارتفاع أو الشدة أو النغمة، فيبدو الكلام شاذا وغريبا ويفقد القدرة على التغيير والتواصل الفعال مع الآخرين.. ويرجع هذا الصوت إلى حدوث شلل في المراكز المخية خاصة منطقة الجسم المخطط في الدماغ مما يؤدي إلى تصلب الأحبال الصوتية وجعل الصوت رتيبا غريبا.

٣ - الصوت الطفلي:

حيث يصدر من الراشدين أصواتا تشبه طبقة صوت الأطفال الصغار بحيث لا يتناسب هذا الصوت مع عمر وجنس المتكلم.. فقد ينكص الفرد إلى مرحلة نمائية سابقة (مرحلة الطفولة) ويتكلم بصوت يشبه أصوات الأطفال، ويحدث ذلك نتيجة لاضطرابات نفسية، وقد تستمر بعض العادات الصوتية للكلام الطفلي حتى الوصول للرشد. وقد يرجع ذلك إلى عوامل وراثية وخلقية أو إصابات في الصغر: كالنزلات الصدرية، أو التهابات الأعضاء الصوتية.

ثالثاً: اضطرابات ارتفاع الصوت:

يشير ارتفاع الصوت إلى الشدة التي يظهر بها، وتتأثر شدة الصوت بعدة عوامل منها:

- مقدار ومعدل تدفق هواء الزفير.

- درجة شدة الأحبال الصوتية.
- المسافة بين المتحدث والسامع.
- حجم المكان وشكله (الشخص: ١٩٩٧).

وتحدث اضطرابات ارتفاع الصوت نتيجة تغير مقدار ومعدل خروج الهواء من الرئتين وبالتالي يخرج الصوت مرتفعا أو منخفضا في شدته ودرجته، ومن هذه الاضطرابات - ما يلي:

١ - الصوت المرتفع:

إن الصوت الطبيعي يجب أن يكون على درجة كافية من الارتفاع أو الشدة من اجل تحقيق التواصل المطلوب، ولكن الارتفاع الشديد للصوت يؤدي إلى صوت غير واضح.. وهناك بعض الإصابات التي تجعل المريض يتكلم بصوت مرتفع – منها:

أ - الأمراض الصدرية والرئوية.

ب – التهاب الحنجرة.

ج – ضعف السمع.

د – الخوف المرضي من الصوت المرتفع.

ومع اضطرار المريض إلى الكلام بصوت مرتفع، فإنه يشعر بألم عضوي في منطقة البلعوم والحنجرة، وبألم نفسي يجعله يحاول أن يعدل من صوته دون جدوى: ويضطر لرفع صوته والكلام بسرعة وبدون تنفس مما يعوق التواصل مع الآخرين. (الزراد: ١٩٩٠).

٢ – الصوت الهامس:

وهو صوت ضعيف خافت، حيث يحاول المريض أن يتكلم أثناء الشهيق، فيزداد تدفق الهواء، ويحدث نقص في حجم الكلام بسبب محدودية حركات العضلات التنفسية وشلل الأحبال الصوتية وعدم اهتزازها وتوقفها عن إصدار الأصوات فلا يستطيع المريض إخراج الأصوات وإنما يهمس همسا.

٣ - **اختفاء الصوت:**

ويمثل انعدام الصوت كلية وفقدان المريض القدرة على إخراج الأصوات، وينتج ذلك عن شلل الأحبال الصوتية أو إصابة الحنجرة الذي يحدث بصورة فجائية بسبب صدمة انفعالية عميقة وحادة يمر بها الفرد، ومن ثم يفقد القدرة على الكلام ويكتفي بالحركات الإيمائية، ويسمى هذا الاضطراب بالصوت الهستيري Aphonea.

٤ - **الصوت المكتوم:**

يحدث هذا الصوت نتيجة وجود آفة فيما بين اللسان واللهاه، أو نتيجة إصابة اللهاه بالورم، ويسمع الصوت عندما يتجه اللسان نحو البلعوم أثناء الكلام. ويعتبر الكلام المكتوم أحد السمات المميزة لبعض اللهجات في عدد من المناطق الريفية.

معدل انتشار اضطرابات الصوت:

يوجد اعتقاد بأن اضطرابات الصوت منتشرة بدرجة كبيرة وبنسبة مرتفعة، وأن عدد الأطفال ذوي اضطرابات الصوت في تزايد مستمر ويتم تحويلهم إلى أخصائيي اللغة والكلام، حيث يمثل اضطراب الصوت حوالي ٥ – ١٥% من اضطرابات النطق والكلام – ومع ذلك: فإن مدى انتشار هذا الاضطراب بين الأطفال غير معروف بشكل دقيق، إذ يختلف هذا المعدل باختلاف العمر والصفوف الدراسية التي خضعت للمسح واختلاف المحكات التشخيصية المستخدمة في جمع وتقويم البيانات، واختلاف البيئة الثقافية التي أجري فيها:

- فقد ذهبت بعض الدراسات المسحية إلى أن اضطرابات الصوت تشيع بنسبة ١% من المجموع العام للسكان تقريبا، وأن معدلات الأطفال في سن المدرسة ممن عندهم اضطرابات في الصوت تتفاوت بين نسب قليلة إلى حوالي ٢٠% أو أكثر (الرشيدي: ٢٠٠٠). وتشير بعض التقارير إلى حدوث اضطرابات الصوت بنسبة ٦ – ٩% من أطفال المدرسة.. وتذهب تقديرات أخرى إلى أن اضطرابات الصوت في حدود ١٠% من الأطفال دون الثامنة، وحوالي ٥% من الأطفال في عمر ٨ سنوات وما بعدها (Cornut & Troillet-Cornut, 1995).. ويسجل الـ DSM IV (١٩٩٤) أن حوالي ٢ – ٣% من الأطفال في عمر ٦ – ٧

سنوات لديهم هذا الاضطراب، ويذكر أن اضطرابات الصوت تشيع بنسبة ٣% من مجموع الأطفال الأمريكيين في سن المدرسة. وأوضحت إحدى الدراسات التي أجريت في المجتمع العربي أن اضطرابات الصوت تمثل ٨٥ر١% من أفراد عينة الدراسة (الشخص: ١٩٩٧). وبذلك يتضح أن اضطرابات الصوت تنتشر بنسبة لا يستهان بها، حيث تشمل عددا كبيرا من أفراد المجتمع – مما يعكس أهمية دراسة هذه الاضطرابات من حيث مظاهرها وكيفية تشخيصها وعلاجها.

- بالإضافة لما سبق: تشير التقارير إلى حدوث اضطرابات الصوت بصورة واضحة بين الأولاد أكثر مما هي بين البنات خصوصا في العمر الذي يتراوح بين ٦ – ١٠ سنوات. وقد أشارت التقارير إلى أن الاضطراب يشيع في الأولاد بمعدل ٢ – ٣ أضعاف ما لدى البنات.
- كما أن هذا الاضطراب أكثر شيوعا في أقارب الدرجة الأولى لوالدين لديهما هذا الاضطراب من المجتمع بصفة عامة (عبد المعطي: ٢٠٠٣).

العوامل المرتبطة باضطرابات الصوت

يصعب في كثير من الأحيان تحديد العوامل المرتبطة باضطرابات الصوت – إذ تتداخل العوامل العضوية والعوامل الوظيفية والنفسية الاجتماعية والعوامل البيئية – وفيما يلي نعرض للعوامل المختلفة المسببة لاضطرابات الصوت.

أولاً: العوامل العضوية:

ويدخل فيها الإصابات المختلفة للجهاز الصوتي في الأحبال الصوتية أو الجهاز الحنجري أو المناطق الأنفية مما يؤثر على نوعية الصوت أو نغمته أو ارتفاعه – من ذلك ما يلي:

١ - <u>إصابات الأحبال الصوتية:</u>

فمعظم أسباب الاضطرابات الصوتية ترجع إلى إصابات الأحبال أو الأوتار الصوتية – ومنها:

أ ـ شلل الأحبال الصوتية:

ينتج شلل الأحبال الصوتية عن إصابة العصب المحيط بالحنجرة، وقد يكون بسبب تضخم في الأذين الأيسر نتيجة ضيق في الصمام الإكليلي أو نتيجة سرطان في القصبة الهوائية أو نتيجة تضخم في الغدة الدرقية بسبب الإصابة بسرطان الغدة. وفي هذه الحالة تتعرض الأعصاب المحركة للأحبال الصوتية للشلل وعدم القدرة على ممارسة وظيفتها:

- وقد يكون الشلل لحبل صوتي واحد: فيؤدي ذلك إلى جعله منخفضا عن الحبل السليم، وهذا يزيد من فتحة الحنجرة وحجم الهواء فتصبح اهتزازات كلا الحبلين الصوتيين مختلفا وغير متساو: إذ يفشل الحبل الصوتي المصاب في التقاطع مع الحبل الصوتي الثاني السليم فينتج عن ذلك حدوث الصوت الخشن وتقطيع في الكلام، أو يتكلم الفرد بصوت منخفض ولا يستطيع رفع صوته كما لا يستطيع الصراخ.
- وقد يكون الشلل للحبلين معا (وهو نادر الحدوث): وفي هذه الحالة يبقى التنفس عاديا ولكن الكلام يكون صعبا أو مستحيلا ويؤدي إلى فقدان كامل للصوت بسبب أن الوترين يكونان متقاربين ويبقى بينهما شق بمقدار ٢ ـ ٣ مم وربما لا ينفصلان عن بعضهما عند الشهيق، ولذلك فإن المريض بعد أي جهد بسيط يشعر بضيق التنفس والحشرجة.

ب ـ جفاف الأحبال الصوتية:

يحدث جفاف الأحبال الصوتية بسبب عدوى الجهاز التنفسي، والجفاف الذي تسببه بعض العقاقير كمثبطات الربو.. ويعتقد أن جفاف الأحبال الصوتية هو أحد عوامل مشكلات الصوت ومنها خشونة الصوت، ولذا ينصح المرضى بزيادة السوائل والأغذية الرطبة إلى أقصى درجة ممكنة. ويبدو أن نوع السائل له أهمية كبيرة، فالمشروبات التي تحوي مادة الكافيين مدرة للبول وتمتص السوائل من الجسم، ومن ثم: تبرز أهمية أن تكون نسبة الماء في الجسم متوازنة لإنتاج الكلام عند الأطفال (Verddini-Marston, et al., 1994).

ج ـ عقد الأحبال الصوتية:

تنتج العقد الصوتية vocal nodules عن التهابات الحنجرة فتتحول هذه الالتهابات إلى عقد صغيرة الشكل تشبه حبات السبحة على الأحبال الصوتية عند أطرافها أو على الثلث الأول أو الأوسط منها بما يعوق الحركة الاهتزازية للأحبال الصوتية اثناء الكلام. وتشير التقارير إلى أن تلك العقد الصوتية مع سوء استخدام الصوت هي أكثر أسباب بحة الصوت عند الأطفال (Boyle, 2000).

د ـ اختلال أعصاب الأحبال الصوتية:

قد تختل الأعصاب المسئولة عن حركة الأحبال الصوتية فلا تتحرك بالانتظام اللازم لعملية الكلام، وقد تحدث نتيجة تقلصات الحنجرة، وقد يؤدي ذلك إلى انضمام الأحبال الصوتية إلى الداخل وعدم تحركها إلى الخارج ومن ثم يحدث ضيق التنفس وانعدام القدرة على الكلام، وقد يحدث تقطع للصوت نتيجة خلل في حركة عضلات الحنجرة والأعصاب المحركة للأحبال الصوتية (الشخص: ١٩٩٧).

٢ - إصابات الحنجرة:

تؤدي الإصابات الحنجرية إلى تغير في الصوت وعدم خروج أصوات الكلام بصورة طبيعية. ومن هذه الإصابات ـ ما يلي:

أ - الشبكة الحنجرية:

وتشير إلى وجود غشاء يمتد بين الأوتار الصوتية قد يكون ولاديا أو نتيجة لعمليات جراحية، وإذا كان هذا الغشاء سميكا فإنه قد يغلق لسان المزمار ويعوق عملية التنفس ويتطلب التدخل الجراحي السريع، وإذا كان رقيقا فإنه قد يؤدي إلى احتباس الصوت فيكون صوت الطفل أجشا ويحتاج إلى تدخل طبيب الحنجرة وأخصائي التخاطب (الببلاوي: ٢٠٠٥).

ب - التهابات الحنجرة:

وهي التهابات بمنطقة الحنجرة تحدث للصغار والكبار بسبب إصابات فيروسية أو ميكروبية أو بسبب التدخين أو العمل بمناطق يزداد فيها الغبار والأدخنة.. وهذه الالتهابات

قد تكون حادة أو مزمنة فيؤدي ذلك إلى احتقان الأحبال الصوتية وتورد الأنسجة المحيطة بها، وأحيانا يحدث احتقان لسان المزمار وتضخم العقد البلغمية الرقبية فيشعر المريض بالألم، مما يؤدي إلى ارتخاء الأحبال الصوتية واستثارة الحنجرة وصعوبة الكلام واضطراب الصوت وبحة مزمنة أو خشونة في الصوت، وفي بعض الأحيان يفقد المريض الصوت كليا مع استمرار وشدة السعال.

ج – أورام الحنجرة:

هي أورام بسيطة في مستوى الحنجرة وفي الثلث الأول العلوي من الأحبال الصوتية، تؤدي إلى تسرب الهواء من خلف الأحبال الصوتية وعدم الترتيب الصوتي ويكون الصوت لا طابع له – إذ يشعر الفرد بصعوبة في إخراج الصوت وفي التنفس وبوخز داخلي (الزراد: ١٩٩٠). ومن بين أورام الحنجرة ما يلي:

١- ورم الغشاء المخاطي: وهو ورم حميد في الغشاء المخاطي للحنجرة، ومن الممكن أن يتواجد ورم الغشاء المخاطي في الأنف، أو لسان المزمار أو الأحبال الصوتية مما يعوق اتصال تلك الأحبال أثناء الاهتزاز ويؤدي إلى وجود نَفَس مصاحب للصوت، وقد تحدث بسبب إساءة استخدام الصوت أو زيادة استعماله أثناء التهاب الحنجرة.

٢- الورم الدموي: ويحدث نتيجة سوء استخدام الصوت والسعال العنيف الذي قد يتسبب في النزيف، وقد يتبع ذلك تغيرات تتسبب في ورم الغشاء المخاطي أو العقد المرتبطة باضطراب الصوت.

٣- الورم الحليمي: وهو عبارة عن نتوء أو بروز يوجد على الحنجرة، وهناك الورم الحليمي البسيط والورم الحليمي الشديد.. وهذه الأورام الحليمية تتسبب في غلظة الصوت حيث يرتبط انحراف شكل وحدة الصوت بحجم ومكان الورم.

٤- سرطان الحنجرة: وهو ورم خبيث فوق الأحبال الصوتية تؤثر على اهتزازها. وتكون بداية الأعراض الكلام بصوت أجش، ولكن بعد فترة يكتشف الطبيب أن الصوت الأجش نتيجة إصابة سرطانية بدأت تنتشر وقد تحتاج إلى عملية استئصال تام للحنجرة (الببلاوي: ٢٠٠٥).

د - إصابات الحوادث:

فقد تتمزق غضاريف الحنجرة أو تصاب الأحبال الصوتية نتيجة للإصابات والحوادث التي منها:

١- العمليات الجراحية: التي تجرى بالحنجرة، أو استئصال لحمية من الأحبال الصوتية، أو نتيجة فحص الجهاز التنفسي أو الأحبال الصوتية باستخدام المنظار.

٢- الحوادث: كإصابات الحنجرة بسبب الضرب أثناء العراك أو مباريات الملاكمة.

٣- دخول جسم غريب إلى الحنجرة أثناء الشهيق: كالأطعمة الصلبة أو اللعب الصغيرة أو الأشياء الحادة كالدبابيس، أو انزلاق الأسنان الصناعية.

وفي مثل هذه الحالات من الممكن أن تلتئم الحنجرة والأحبال الصوتية ولكنها لا تعود لحركتها الطبيعية ومن ثم تحدث الاضطرابات الصوتية.

هـ - ضعف ووهن الحنجرة:

يرتبط الوهن العضلي بالحنجرة بقلة الوصلات العصبية الأمر الذي يتسبب في ضعف الارتخاء أو شلل الأعصاب الطرفية مما يجعل الصوت أكثر ضعفا وتزداد الأصوات الأنفية ويفقد النطق دقته مع الكلام المستمر، ومن أسباب ضعف ووهن الحنجرة ما يلي:

١- العيوب الخلقية قبل الولادية: بسبب نقص الكالسيوم أثناء الحمل مما يجعل حنجرة الطفل ضعيفة فلا تتحكم غضاريفها في حركة الأحبال الصوتية فتضيق الفتحة اللازمة للتنفس ولإصدار الأصوات، وقد تتقلص فيتعرض الطفل للاختناق.

٢- التشنجات الصوتية والتنفسية وقصر الأحبال الصوتية الناتج عن تشوه خلقي أو إصابة خلقية وراثية، وفي هذه الحالة يكون الصوت حاداً.

٣- نقص نمو الحنجرة لدى الطفل: وقد يرجع ذلك إلى بطء وتأخر في نضج العمليات العصبية التي تشكل الأساس لوحدات الكلام مما يؤدي إلى ضعف الأجهزة الكلامية فينتج عن ذلك صوت ضعيف الكثافة مرتفع الدرجة وبمعدل محدود من الدوي والرنين.

٤- إصابة الفرد بالأنيميا: يؤدي إلى ضعف انقباض العضلات مما يؤدي إلى غلق لسان المزمار بشكل غير كامل – وينتج عن ذلك ضعف تزويد العضلات وباقي

أجزاء الجسم بالكمية الكافية من الدم فتنعكس حالتهم على أصواتهم فيبدو الصوت ضعيفا وتقل الطاقة الصوتية.

٣ - إصابات الجهاز التنفسي:

نظرا لاشتراك عمليات التنفس شهيقا وزفيرا في إنتاج أصوات اللغة - فإن أي إصابات بالجهاز التنفسي تؤدي إلى اضطرابات الصوت - من ذلك:

أ - إصابات المجرى التنفسي:

فالإصابة بنزلات البرد، والسعال أو سرعة التنفس وقصر عمود هواء الزفير يجعل الكلام متقطعا ومضطربا، وقد تستمر تلك الحالة عند إصابة الرئتين بمرض مزمن مثل الدرن أو الالتهاب الرئوي الشديد أو الربو الشعبي الذي يجعل الفرد ضيق الصدر ويتعرض لأزمات تنفسية.. كل ذلك يؤثر على عملية نطق الأصوات وتشكيلها والأصوات الصادرة عن الفرد (الشخص: ١٩٩٧).

ب - الإصابات الأنفية:

تؤدي الإصابات الأنفية إلى صدور الأصوات اللغوية عن طريق الأنف بسبب انسداد الفتحات الأنفية من خلال البلعوم أو الجزء الداخلي للأنف. وأغلب الناس يتكلمون بهذا الشكل عند إصابتهم بنزلة برد شديدة، أو بسبب الزوائد الأنفية - وتعرف هذه الإصابة باللوزة البلعومية التي تحدث في الجدار الداخلي للبلعوم الأنفي فوق مستوى الحنك الرخو، وإذا كانت كبيرة فإنها تسد البلعوم الأنفي وبالتالي تعوق تدفق الهواء والصوت الأنفي. وتسمى هذه الحالة بالإفراط الأنفي - وله ثلاثة أشكال:

١- الإفراط الأنفي البسيط: فتخرج أصوات أنفية تتسم بالإفراط، ويزداد هذا الشكل عندما تطول الزوائد الأنفية.

٢- الإفراط الأنفي المفتوح: وهو يحدث بسبب انخفاض حجم فتحة صمام البلعوم التي ترتبط بإعاقة البلعوم وعضلات الحنجرة.

٣- غلق الكلام الأنفي الأمامي: الناتج عن انسداد الأنف ومحاولة الكلام من خلاله. فعندما يحدث انسداد للمجاري الأنفية ويسمح للصوت بدخول التجويف الأنفي من

خلال صمام البلعوم المفتوح فإن الجزء الداخلي للفتحات الأنفية يحدث صوت رنين يرتبط بالتجويف الفمي والبلعومي ويخرج الصوت من الفم (الببلاوي: ٢٠٠٥).

ج – سقف الحلق المشقوق:

وهي إصابة ولادية ينتج عنها انفتاح التجويف الأنفي على التجويف الفمي، فينتج عنه اختلال أصوات الحروف وتظهر الخنة بوضوح.

ثانياً: العوامل الوظيفية:

ترتبط العوامل الوظيفية بالخلل في استخدام الصوت، وارتباط الصوت بمهن ووظائف تقتضي استخدام الصوت – من ذلك ما يلي:

١ – سوء استخدام الصوت:

يؤدي سوء استخدام الصوت أو العادات الصوتية السيئة إلى عديد من اضطرابات الصوت..

- الاستخدام المعتاد للصوت والتحدث في مكان مليء بالضوضاء.
- إنتاج الصوت في حالة من التوتر الشديد وبقوة: كما في حالات القراءة بصوت مرتفع لمدة طويلة.
- تعمد الفرد افتعال التحدث بصوت أجش: ويحدث هذا من خلال استخدام مزيد من القوة لإنتاج الصوت، الأمر الذي بدوره يزيد من الإجهاد العصبي. إن المشكلة الأصلية تزداد من خلال مجاهدة المتكلم للتعويض، ولذا يستخدم أساليب من الممكن أن تكون مدمرة ومحطمة للأوتار الصوتية.
- الصراخ وفرط استخدام الصوت يؤدي إلى حدوث العقد الصوتية، وهو أمر يحدث لدى كثير من الأطفال.
- كثرة مشاهدة الأطفال ووسائل التسلية التي تحتاج إلى المشاركة فيها بصوت عال، وتكون النتيجة على المدى البعيد ذات آثار سلبية على الصوت (Andrews, 1995).

وترى تيتز Titze (١٩٩٤) أنه من الناحية الميكانيكية نجد أن إنتاج صوت مرتفع الدرجة يعني زيادة استخدام الأحبال الصوتية بتردد مرتفع، وزيادة تصادم الأحبال الصوتية – الأمر الذي قد يؤدي إلى تلف وتدمير الأنسجة، كما أن سعة الرئة وحركة القفص الصدري تكون أصغر لدى الأطفال منها لدى الراشدين، وبالتالي تقل مساعدتهم للتنفس والصوت.

٢ – **الوظائف المرتبطة بالصوت:**

غالبا ما تحدث اضطرابات الصوت لأصحاب المهن والوظائف ممن يمارسون أعمالا تتطلب استخدام الصوت بقوة أو لمدة طويلة: كالمعلمين، والخطباء، والمذيعين، والمقرئين، والمطربين، والممثلين، وممن يستخدمون الصوت بإيقاع ورنين منغم أو على وتيرة واحدة أو بشدة، مما يؤدي إلى الإجهاد وبح الصوت والتهابات حنجرية، وأحيانا مرض الأعضاء والأجهزة المشاركة في إحداث الصوت، وتتشنج الأحبال الصوتية، ويمكن أن يحدث فيها انتفاخ أو تجمعات دموية مع آلام فيها عند جسها أو عند الكلام. ولقد وجد جونسدوتير Jonsdottir (١٩٩٧)، أن هناك تشابها في نوع الأعراض الصوتية التي أوردتها تقارير أصحاب الوظائف المتطلبة استخدام الصوت مثل حدوث البحة، والتجشؤ، وجفاف الحلق وغير ذلك من الأعراض التي تتزامن مع استخدام الصوت.

٣ – **النماذج الصوتية البسيطة والتقليد الخاطئ:**

فغالبا ما يكون الأطفال ذوي البحة والتجشؤ الصوتي لهم أخوة وأخوات يشاركونهم نفس السمات الصوتية. وقد يحاول بعض الأطفال تقليد أصوات آبائهم من حيث نبرات أصواتهم وطريقتهم في الكلام أو التحدث بصوت أجش مما يؤدي إلى إجهاد الجهاز الصوتي ومن ثم تحدث اضطرابات الصوت.

ثالثاً: العوامل النفسية والانفعالية والبيئية:

أن المشكلات الانفعالية التي ترتبط بالمواقف المنزلية أو العملية تؤثر على وظيفة الحنجرة ومن ثم إعاقة الصوت. ولعل احتباس الصوت أو فقدان الصوت الهستيري من أهم أسباب الضغط النفسي والقلق، كما أن غلظة الصوت تعود إلى أسباب نفسية ترتبط بالمحيط المنزلي أو محيط العمل الذي يتطلب أصواتا كثيرة، وبحة الصوت البطنية التي

ينخفض الصوت فيها كثيرا بسبب اضطرابات انفعالية والتي تستمر حتى بعد العلاج.. وما إلى ذلك، ونذكر من العوامل النفسية ما يلي:

١ - الضغوط النفسية:

ترتبط تلك العوامل بصعوبة الحياة المنزلية والمدرسية، وصعوبة العلاقات، أو وجود ميكانيزمات غير ملائمة للمسايرة مما قد يؤدي إلى زيادة الضغوط النفسية التي تؤثر على الصوت. ولقد وجدت عديد من الدراسات ارتباطا بين الضغوط النفسية والمؤثرات العضلية التي تتحكم في الجهاز الصوتي التي يكون لها تأثيرات سلبية على الصوت. فلقد وجد سيلفرمان وزيمر Silverman & Zimmer (١٩٧٥) زيادة حدوث البحة والتجشؤ لدى الأطفال شديدي التوتر بسبب ارتفاع توقعات الوالدين والمعلمين لأدائهم وكفاءتهم، ومن الملاحظ أن صوت الأطفال في مدارسهم يكون أعلى ومثير للإجهاد.

٢ - الظروف الاجتماعية البيئية:

هناك شواهد تشير إلى أن العوامل البيئية المرتبطة بالضوضاء وصدى وترجيع الصوت أو ترديده كلها أمور تتداخل مع قدرة المستمعين على فهم الكلام الصادر من المتكلم، ومن ثم يحاول المتكلم تحسين قدرته على الكلام المسموع مما يؤدي إلى زيادة الجهد الصوتي للتغلب على الظروف البيئية التي تعوق قدرة المستمعين على الاستماع.

ولقد وجد ميلاتينوفيك Milutinovic (١٩٩٤) انتشار اضطرابات الصوت لدى الأطفال قاطني المدن في عمر يتراوح بين ١٢ – ١٣ عام عن الأطفال في البيئة الريفية.. فلقد وجدت الدراسة ارتفاع النشاط الزائد (العدوان اللفظي في التواصل أثناء اللعب لدى المجموعة الحضرية التي يرتفع فيها حدوث اضطراب الصوت).

بالإضافة لذلك، وجد أن حالات متكررة جدا من حالات الاضطراب الصوتي في الأطفال المنحدرين من أسر حالتها الاجتماعية الاقتصادية منخفضة، وهي نتيجة تفترض وجود الآثار السببية الممكنة لإثارة الحديث غير المناسب وتعزيزه في هذه الأسر (عبد المعطي : ٢٠٠٣).

تشخيص اضطرابات الصوت

عملية تشخيص اضطرابات الصوت لها أهمية خاصة قبل الشروع في العملية العلاجية. فمن خلال التشخيص الجيد يمكن وضع البرنامج التدريبي العلاجي لأي اضطراب من اضطرابات الصوت وفقا لطبيعته.

ويشترك في عملية تشخيص اضطرابات الصوت فريق من المتخصصين، أو غير المتخصصين الذين تستدعي طبيعة احتكاكهم بالطفل التعرف ر الاكتشاف المبكر للحالة، بعدها تتم إحالة الطفل أو المصاب إلى الأخصائيين الذين يعملون ضمن فريق تشخيص علاجي.

أولاً: الاكتشاف والتعرف

من المدهش أن نجد أن أول من يقوم باكتشاف اضطرابات الصوت لدى الأطفال هم الراشدون المتعاملون بفهم هم الوالدان والمعلمون، نظرا لأن الأطفال يقضون معظم أوقاتهم في تفاعل داخل الأسرة والمدرسة ومن ثم فإنهم يلاحظون تغيرات صوت الطفل: كالبحة وتكسر الصوت أو فقدان الصوت، وقد أورد بعض الباحثين قائمة من السمات التي يمكن من خلالها اكتشاف الآباء والمعلمين اضطرابات الصوت لدى الطفل والتعرف المبكر عليها – ومنها:

١- التجشؤ والبحة وغلظة الصوت التي تستمر لمدة تزيد عن أسبوعين.

٢- جفاف أو التهاب مستمر في الحلق.

٣- تغير في درجة الصوت عادة ما يكون تعميق للصوت.

٤- صوت همس يصدر عند التنفس.

٥- صوت ضعيف أو يصبح أكثر بحة وتجشؤا يوما بعد يوم.

٦- صوت أكثر هدوء لا يمكن تعديله حتى تسمعه المجموعة أو الموجودون بالفصل أو الأشخاص المجاورين للطفل.

٧- صوت مرتفع غير متنوع.

٨- علامات من الإجهاد وعدم الراحة أثناء التحدث.

٩- جريان التنفس قبل إنهاء الجملة أو العبارة.

١٠- تكسر في الصوت.

١١- كحة شديدة، وجلاء في الحلق وخصوصا عندما لا تكون هناك إصابة بالبرد أو عدوى أعلى الجهاز التنفسي.

١٢- خشونة الصوت أو غلظته.

١٣- الخمخمة أو الكلام الأنفي.

١٤- أصوات الحروف الأنفية أكثر من اللا أنفية.

١٥- ارتفاع وانخفاض طبقة الصوت.

١٦- الصوت الرتيب أو اضطراب الفواصل الصوتية.

١٧- اختفاء الصوت أو الصوت المكتوم.

١٨- طبقة صوت الراشد تشبه طبقة صوت الأطفال.

١٩- ارتعاش الصوت وتوتره أو عدم التناسق الصوتي.

٢٠- صعوبة إخراج الصوت الهادئ (Wright & Graham, 1997, Cornut & Troillet-cornut, 1995, Davis & Harris, 1992).

ثانياً: الأخصائيون وتشخيص اضطرابات الصوت:

بعد التعرف والاكتشاف المبكر لاضطرابات الصوت تتم إحالة الطفل للأخصائيين الذين لهم علاقة بعلاج اضطرابات الصوت – ومنهم:

١ – <u>أخصائي التخاطب:</u>

أخصائي اللغة والتخاطب هو أول أعضاء الفريق التشخيصي، وإليه يعود الطفل مرة أخرى بعد اكتمال حلقة فريق التشخيص ليقوم بدوره في العملية العلاجية، وأهم إجراءات التشخيص التي يقوم بها أخصائي التخاطب – ما يلي:

أ – التسجيل الصوتي لعينة من كلام الطفل: فمن خلال ذلك يستطيع تقييم السمات الكلامية لاضطرابات الصوت من حيث درجته وطبقته وارتفاع الصوت وسماته الرنينية، والتعرف على طبيعة أصوات الحروف المتحركة والساكنة والحروف الحلقية والأنفية واللسانية، كما يمكن من خلال فحص التسجيل الصوتي لكلام الطفل لاكتشاف قدرته على إنتاج الصوت ومعدل التنفس والشهيق والزفير أثناء الكلام.. وما إلى ذلك.

ب – الملاحظة: حيث يتم ملاحظة الطفل أثناء الكلام، وملاحظة أعضاء النطق، وحجم وشكل ولون وحركة الوجه والشفتين، وحركة اللسان، وفحص سقف الحنك والحنجرة، والبلعوم، ومخارج الحروف، والأصوات الأنفية، والزوائد الأنفية.. وما إلى ذلك.

وقد يطلب من الطفل قراءة (٣٠) كلمة ذات مقطع معين وببطء حتى يمكن التأكد من أشكال اضطرابات الصوت لديه.

٢ – <u>أخصائي الأنف والأذن والحنجرة:</u>

يستهدف أخصائي الأنف والأذن والحنجرة فحص أعضاء التواصل – خاصة: الحنجرة، والأحبال الصوتية، والحلق، والبلعوم، والسمع، والأنف، وتقييم الحالة بطريقة صحيحة سواء تم ذلك بالنظر أو الفحص بالأشعة أو عن طريق الفحص بالمنظار – من ذلك:

- حجم وشكل وحركة ولون وتركيب الحنجرة.
- السمات الحركية للسان والشفتين.
- فحص سقف الحلق الصلب والمرن وعن وجود أي شقوق حلقية به.
- حركة الحنك وهل تتسبب في الإفراط الأنفي، أو وجود ما يعوق الحركة فتتسبب مشكلة الصوت.
- مدى وجود زوائد أنفية أن بعض معوقات الحركة في سقف الحلق.
- مدى وجود شق في اللهاة (اللهاة المشقوفة): مما قد يؤدي إلى وجود مسافة بين اللهاتين قد يرتفع "فيؤدي إلى شق الحنك ويكون بعيدا بالدرجة الكافية لمنع غلق صمام الحنجرة بشكل تام".

- درجة السمع: حيث يتم إجراء تخطيط سمعي للحالة، فقد يكون ضعف السمع سببا في عدم فهم الصوت المسموع فيكون النطق خاطئا.

٣ – **الأخصائي النفسي:**

وهو واحد من أعضاء الفريق التشخيصي العلاجي حيث يقوم بدراسة لتاريخ الحالة وإجراء الفحص النفسي الذي يحاول أن يتأكد من خلاله من:

- نسبة ذكاء الطفل.
- تحديد درجة وخطورة المشكلة الصوتية عند الطفل.
- تاريخ بداية المشكلة.
- التاريخ الصحي والطبي للحالة وعن مدى وجود أمراض سابقة ترتبط بالأنف والأذن والحنجرة.
- التاريخ الأسري: وعن مدى وجود أي انحرافات في الصوت والكلام داخل الأسرة.
- التركيب الأسري: ترتيب الطفل في الأسرة، عدد الأطفال في الاسرة، التفاعل داخل الأسرة.
- التاريخ النمائي: وعن مدى وجود تأخر أو اضطراب في الصوت عند الميلاد بدأ يظهر من خلال البكاء أو التنفس بصعوبة، مدى وجود اضطرابات صوتية موروثة.

علاج اضطرابات الصوت

كما أن تشخيص اضطرابات الصوت يحتاج إلى فريق من المهتمين بأمر الطفل والأخصائيين فإن العلاج أيضا يتطلب تدخل فريق علاجي حيث يتشابك كل من العلاج الطبي والتخاطب والعلاج النفسي والسلوكي معاً:

أولاً: العلاج الطبي:

غالباً ما يتم التدخل الطبي في حالة وجود أسباب عضوية لاضطرابات الصوت – وذلك على النحو التالي:

١ - العلاج الدوائي:

ويستخدم لعلاج حالات احتقان الأحبال الصوتية أو جفافها نتيجة لحدوث عدوى الجهاز التنفسي أو العدوى الفيروسية أو غيرها من الأسباب التي تؤدي إلى خلل أو شلل الأحبال الصوتية وضعف كفاءتها الاهتزازية – ففي هذه الحالات: فإن استخدام الأدوية المضادة للعدوى يكون هو التدخل العلاجي المناسب لذلك.

٢ - التدخل الجراحي:

عادة ما يكون التدخل الجراحي في الحالات التي تتطلب ذلك كما في حالات الأورام والعقد الصوتية والشبكة الحنجرية، والأورام الحنجرية، أو ورم الغشاء المخاطي والورم الدموي والورم الحليمي والورم السرطاني، ففي مثل هذه الحالات يكون التدخل العلاجي لإزالة مثل هذه الأورام أمرا ضروريا، وفي حالة الأورام السرطانية نحتاج إلى جانب التدخل الجراحي التدخل بالعلاج الإشعاعي أو الكيميائي.

ومن الحالات التي تتطلب التدخل الجراحي: حالات اللهاه المشقوفة وسقف الحلق المشقوق والشفة المشقوقة.. وتهدف العملية الجراحية إلى التئام الفجوات الحلقية في سقف الحلق بحيث يصبح بعدها من المتيسر تدريب الطفل على أن يحسن الكلام.

٣ - أجهزة طبية مساعدة:

أ - **سقف الحلق الصناعي:** إذا شب الطفل المصاب بالحلق المشقوق دون أن تجرى له عملية جراحية لسد الفجوة الحلقية ويصبح من العسير إجراؤها بعد أن يكون قد اكتمل نموه – إذ ذاك يلجأ جراح الفم والأسنان إلى تصميم جهاز سقف الحلق الصناعي Aobturator الذي يتألف من سدادة أو غطاء من البلاستيك تسد الفجوة في سقف الحلق وتيسر على المريض إحداث الأصوات بالشكل الطبيعي، وإن كانت هذه السدادة لا تمكن صاحبها من إجادة نطق الأصوات (مصطفى فهمي: د.ت).

ب ـ **لسان المزمار الصناعي:** وهو يسمح بإحداث نفس رنوي من خلال ثغرة في الرقبة في جانب القصبة الهوائية تصل بين التجويف البلعومي والقصبة الهوائية تسمح بخروج الهواء فيؤدي إلى اهتزاز الأنسجة الموجودة فيحدث صوت يتم نطقه أثناء الكلام. ومن عيوبه تسرب الطعام والسوائل عبره ودخوله إلى الرئة.

ج ـ **الحنجرة الصناعية:** وهي تستخدم في حالات استئصال الأورام السرطانية من الحنجرة أو إصابات الأحبال الصوتية وفي حالات الحنجرة المشقوفة ـ ومنها نوعان:

- **النوع الأول:** الحنجرة الصناعية التي يتم حملها في اليد: وهي عبارة عن أنبوب يزود الشخص بالهواء وأنبوب لإنتاج الصوت، فعندما يتحدث الشخص بهذه الحنجرة الصناعية فإنه يوصل أنبوب الهواء بالفتحة من وعاء به هزاز مطاطي، ويتم تنشيط هذا الجزء من خلال تدفق الهواء وإحداث الصوت الذي ينقل من الفم من خلال أنبوب صغير ينتقل بين الشفتين، وبها يتم إخراج كلام واضح ومفهوم.
- **النوع الثاني:** الحنجرة الأليكترونية: ويتكون من وحدة إليكترونية بها قمع يغطي أنبوب الصوت فينقله من الفم إلى الأنسجة التي تحدث اهتزاز بجلد الرقبة فيصدر الصوت، وتحصل هذه الحنجرة الإليكترونية على قوة التشغيل من خلال حجر بطارية يوضع في الجيب. (الببلاوي: ٢٠٠٥)

ثانيا: التدخل السلوكي الوقائي:

هناك حاجة ماسة للعمل الوقائي لضمان استخدام الأطفال لأصواتهم بعناية لتجنب المشكلات الصوتية. وترجع أهمية ذلك إلى أنه عندما يتم تلف الميكانيزم الصوتي فإن الأمر يستغرق شهورا للشفاء والعلاج الكامل. ومن ثم فإن التدخل الوقائي له أهمية خاصة لعدم تفاقم مشكلات الصوت للأطفال المعرضين للإصابة.

أهداف التدخل الوقائي:

يهدف التدخل الوقائي من اضطرابات الصوت ـ ما يلي:

١- التشجيع على فهم وإدراك الإنتاج الطبيعي للصوت.

٢- زيادة الرعاية الصوتية مع الوقاية المستقبلية من المشكلات.

٣- زيادة الوعي بالضغوط النفسية التي تشتمل على تأثيرات ضغوط الحالة النفسية على اضطرابات الصوت.

٤- التآزر بين ضبط التنفس والصوت.

٥- أساليب تجنب المواقف الصوتية وأساليب التعامل معها.

أشياء يجب تجنبها:

ويدخل في التدخل الوقائي تقديم نصائح للأطفال حول استخدام الصوت بشكل أفضل. ويشمل ذلك: الأشياء التي يجب تجنبها لعدم الإصابة باضطرابات الصوت - ومنها ما يلي:

١- الصراخ في فناء المدرسة وعند مشاهدة المباريات الرياضية أو غيرها.

٢- تجنب رفع الصوت في أماكن مليئة بالضوضاء.

٣- تجنب الهمس الذي يجهد الصوت.

٤- تجنب اعتياد الكحة واستمراريتها.

٥- تجنب الغناء أثناء وجود اضطرابات صوتية.

أشياء من الضروري التشجيع عليها:

١- الراحة: أي راحة الصوت لفترات قصيرة، واستخدام الإيماءة وللتشجيع على التواصل غير اللفظي الجيد.

٢- التشجيع على الذهاب إلى الشخص والتحدث معه بدلا من رفع الصوت في الحنجرة.

٣- توجيه ومراقبة الاستخدام الملائم للصوت.

٤- الاهتمام باللمس والإيماءة بدلا من الكلام المرتفع.

٥- مراقبة الشد واستخدام الوضع الصحيح لمساعدته على الاسترخاء في إنتاج الصوت.

٦- عندما تتطلب المهنة من الشخص ضرورة رفع الصوت أو التحدث في ضوضاء فلابد من وضع ميكروفون أو مكبر صوت لتقليل الإجهاد الصوتي.

٧- من الممكن استخدام سدادة الأذن في الضوضاء حتى تقل رغبة الشخص في النداء أو التحدث بصوت عالي (Thurman & Klitzke, 1993; Hood & McCallum, 1998).

ثالثاً: التدريبات الصوتية العلاجية:

تهدف التدريبات الصوتية لعلاج اضطرابات الصوت إلى تعديل العادات الصوتية الخاطئة أو التخلص منها، وتعليم الفرد عادات صوتية صحيحة، ومساعدته على ممارسة أفضل العادات الصوتية الصحيحة وتدعيمها دون جهد إضافي في مختلف المواقف والظروف التي يتعين عليه التحدث فيها.

ويدخل في التدريبات الصوتية – ما يلي:

١ - **التدريب على التنفس الصحيح أثناء الكلام:**

من مشكلات التنفس أثناء الكلام: سرعة التنفس مع اندفاع الهواء بشدة عبر الحنجرة، والتحدث لمدة طويلة دفعة واحدة، والتنفس بمعدل سريع بنفس قصير بحيث لا يوجد هواء زفير كاف لعملية الكلام، وتضييع الهواء وسوء استخدامه أثناء الكلام.

وتتضمن عملية التدريب على التنفس الصحيح أثناء الكلام، تدريب الفرد على الاسترخاء والتحكم في عملية التنفس، وتشمل: التنفس بعمق وحجز الهواء لفترة ثم محاولة إخراجه ببطء لعدة مرات، ثم التنفس بسرعة مرة أخرى، ومحاولة نطق بعض الكلمات بعد أخذ نفس عميق مع وجود فواصل مناسبة بين الكلمات.. وهكذا تستمر عملية التدريب حتى يتمكن الفرد من التحكم في عملية التنفس جيدا أثناء الكلام. (الشخص: ١٩٩٧).

٢ - **التدريب الصوتي:**

هناك العديد من البرامج والتمرينات الصوتية لعلاج اضطرابات الصوت – ومنها:

أ - إزالة سوء استخدام الصوت:

وتستهدف تعديل سلوك استخدام الصوت وتعتمد على تقديم المساعدة الناجحة، عندما يرغب الفرد في إزالة أو تعديل بعض الأنشطة الصوتية، وتدريبه على عدم الإفراط في التحدث وتقليل عدد مرات استخدام الصوت المرتفع بشكل منتظم.

ب - اكتشاف أفضل الأصوات:

فلكل فرد عدة أصوات بعضها يتم إنتاجه بسهوله وبجودة أكثر من بعضها الآخر، ويتم تحديد أفضل الأصوات من خلال تدريب الفرد على إنتاج مجموعة من الأصوات العليا والوسطى والمنخفضة ومستويات ارتفاع مختلفة، وإدراك أن الأصوات الأقل جهدا هي أفضل الأصوات المستهدفة.

ج - التدريب على خفض التوتر الصوتي:

فالتوتر الصوتي يشير إلى غلق لسان المزمار أثناء إصدار الصوت أو بذل جهد كبير لغلقه عندما تكون هناك مشكلة صوتية. ومن الممكن التخفيف من حدة ذلك من خلال التدريب على الاسترخاء العام.

د - زيادة فعالية الصوت:

وذلك من خلال إحداث قدر من التوازن بين زيادة تدفق الهواء وتوافق الحنجرة - حيث أن انخفاض تدفق تيار الهواء أو توافق الأوتار الصوتية مع فتحة كبيرة أو صغيرة للحنجرة يؤديان إلى انخفاض فعالية الصوت.. ومن طرق زيادة فعالية الصوت: تطويل النغمة في الوقت الذي يتلفظ فيه الفرد بأطول قدر من التنفس وبدرجات ومستويات صوتية مرتفعة ومتعددة وباسترخاء.

هـ - التدريب على درجة الصوت:

إذ يطلب من الفرد أن يطيل الصوت إلى نغمة مستمرة ويبقى هذا الصوت بشكل متكرر في معدل طبيعي، وعلى الفرد ممارسة الدرجة الصوتية من خلال تمثيلها ونطقها بصوت مرتفع، كما أن تسجيل الصوت واسترجاعه يساعد الفرد على معرفة الصوت الذي يريده.

و ـ التدريب على زيادة ارتفاع الصوت:

ويستهدف ذلك تقديم تدريبات مفيدة لزيادة تدفق الهواء مما يعمل على تقريب الأوتار الصوتية وزيادة قدرتها الاهتزازية. ومن بين هذه التدريبات:

١- تدريبات لتقريب الأوتار الصوتية: وذلك بشد عضلات اليدين والرجلين مما يبرز العضلة النغمية الضعيفة ومن ثم يتحسن غلق مسار المزمار.

٢- تدريب الفرد على رفع الصوت بعمل ضوضاء من خلال سماعة الأذن أثناء قيام الفرد بالقراءة بصوت مرتفع، وتسجيل هذه القراءة وإعادة سماعة لها حتى يصير هذا الصوت عادة له.

٣- لعب الأدوار (السيكودراما) خصوصا مع صغار الأطفال.

ز ـ تدريبات لتعديل رنين الصوت:

إن أكثر اضطرابات الرنين وضوحا هي الإفراط أو انخفاض أو قلة الأصوات الأنفية. ومن التدريبات لتعديل رنين الصوت ما يلي:

١- تدريب الأذن: التي تتضمن تعلم الأصوات الأنفية وغير الأنفية في الكلام المنفصل والكلام المستمر، وجعل الفرد يسمع صوته أثناء الكلام المسجل.

٢- مقارنة الإنتاج الأنفي والفمي: فيتم تدريب الفرد على التمييز السمعي بين الأصوات الفمية والأصوات الأنفية (خاصة الذين يفرطون في استخدام الأصوات الأنفية).

٣- فتح الفم عند الكلام: إذ أن ذلك يقلل رغبة الفرد في إخراج الصوت من الأنف.

٤- التدريب على إنتاج الأصوات القوية حيث أن إنتاج الأصوات الانفجارية يؤدي إلى غلق صمام البلعوم وزيادة ضغط الهواء مما يحكم الغلق أثناء صدور الصوت.

٥- التدريب على الدرجة الصوتية المنخفضة مما يؤدي إلى انخفاض الإفراط الأقل للأصوات. (الببلاوي: ٢٠٠٥).

الفصل السابع
اللجلجة في الكلام

- مقدمة.
- تعريف اللجلجة في الكلام.
- الملامح الإكلينيكية للجلجة في الكلام.
- أشكال اللجلجة في الكلام.
- معدل انتشار اللجلجة.
- النظريات المفسرة لحدوث اللجلجة في الكلام.
- تشخيص اللجلجة في الكلام.
- التوجهات العلاجية للجلجة في الكلام.

الفصل السابع
اللجلجة في الكلام

مقدمــة:

منذ القدم عرفت اللجلجة في الكلام بخصائصها المرتبطة بعدم الطلاقة اللفظية.. وقد أشار الباحثون إلى أن اللجلجة قد وجدت في سير عدد من المشاهير والفلاسفة والعلماء ورجال السياسة والملوك: فأول وصف للجلجة يرتبط بنبي الله موسى عليه السلام "بأنها بطء في الكلام واللسان" فقد كان سلوكه الإحجامي ذو صلة بهذا الاضطراب (سفر الخروج: ٤، ١٠-١٣). كما ظهرت اللجلجة في الكلام لدى الفيلسوف اليوناني الشهير أرسطو، والعالم الشهير إسحق نيوتن، كما كان تشارلز داروين Charles Darwin من المصابين باللجلجة في الكلام، والمثير للدهشة أن جده ايراثموس داروين Erasmus Darwin كان يعاني من نفس الحالة.. بالإضافة لذلك: فقد كان جورج الرابع ملك بريطانيا يعاني اللجلجة، وكان وينستون تشرشل W. Churchil يحاول أن يلقي خطاباته أمام العامة بشكل كامل ويقوم بالإجابة عن التساؤلات ويرد على الانتقادات لتجنب أن يوصف باللجلجة.

تعريف اللجلجة في الكلام:

نظرا لقدم التعرف على اللجلجة في الكلام ووضوح معالمها، فقد ظهرت تعريفات كثيرة لهذا الاضطراب.. ومن بين التعريفات التي أوردها الباحثون ما ذهب إليه دسوقي (١٩٩٠) من أن اللجلجة في الكلام Stuttering اضطراب كلامي يتميز بانقباضات وتوتر واهتزاز الأجهزة العضلية الداخلة في الكلام.. ويطلق اللفظ بالتكافؤ مع التمتمة أو التعتعة واللعثمة Stammering. ". وهي اضطراب نفسي وليس جسميا، ويشير إلى تفكك في تنظيم إيقاع الكلام يصحبه تقلص توتري للحنجرة أو زفير للبطن، وارتعاشات وسط أصوات معينة وتكرار أصوات أخرى".

وفي المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD-10 عرفت منظمة الصحة العالمية WHO (١٩٩٢) اللجلجة في الكلام بأنها: " كلام يتميز بتكرار سريع أو تطويل

فـي الأصـوات أو المقـاطع اللفظـية أو الكلمـات أو بـترددات وانقطاعـات كثـيرة تقطـع الانسياب الإيقاعي للكلام.. وتعتبر سوء الإيقاعات البسيطة من هذا النوع شائعة جدا كمرحلة عابرة فـي الطفولـة المبكرة، وكسمة كلامية بسيطة، ولكن دائمـة فـي الطفولـة المتأخرة ولدى البالغين.. ويجب أن تصنف الحالـة كاضطراب إذا كانت على درجة من الشدة بحيث تعوق طلاقة الكلام، وقد تكون هناك حركات مصاحبة في الوجه أو جزء آخر من الجسم أو كليهما متزامن مع التكرارات أو الإطالات أو الانقطاعات في انسياب الكلام".

أمـا الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية – المراجعة الرابعة DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) فقد عرف اللجلجة في الكلام بأنها: "اضطراب فـي الطلاقـة العاديـة للكلام والتشكيل الزمنـي لـه، وتطويله بطريقة غير مناسبة لعمر المريض.. وتتألف اللجلجة من واحد أو أكثر من الأعراض التالية: تكرارات الصـوت، التطويلات، الألفاظ المقتحمة أثناء إنسداد الكلام، سكتات في الكلام، إبدالات ملحوظـة بالكلمـة لـتفادي التقطع والانسداد والسكوت.. ويتداخل الاضطراب مـع الأداء الوظيفـي: الأكاديمـي والمهنـي والاجتماعي للفرد. ولو صاحب ذلك عجز حسي أو حركي كلامـي فـإن الصـعوبات تفوق تلك الصـعوبات المعتادة للمشكلة.. ويختلف مدى اللجلجـة فتكون أسوأ في المواقف الضاغطة من الحياة العادية".

الملامح الإكلينيكية للجلجة في الكلام

تجمـع تعريفات اللجلجـة فـي الكـلام صراحة أو ضـمنا على أنها عبارة عن اضطراب فـي طـلاقـة التعبيرات اللفظـية، وتتميـز بأنهـا لا إراديـة، وقـد تكـون عبارة عن تكرار أو تطويل للأصوات والمقـاطع.. تلك السمات غير قابلة للسيطرة والضبط، وقد تكون مصحوبة بحركات وانفعالات أخرى ذات طبيعة سلبية مثل: الخوف أو الإحراج أو التهيج والثورات.

ولقد حـاول كثير من الخبراء تحديد السمات أو الملامح الإكلينيكية للجلجة في الكلام.. غير أنـه مـن الملحـوظ أن خصـائص اللجلجـة تتغير مـن يـوم إلـى يوم ومن دقيقة لأخرى. وفـي الغالـب يـتم وصـف السمات المميـزة للجلجـة مـثل: التكرارات، والتطويل، الإعاقة، المجاهدة بصـعوبـة، والحركات البدنيـة.. إلخ. وبعض هذه السمات أو المـلامح المميزة تعتمد علـى طـول مـدة التلجلج والأساليب التـي يستخدمها الطفل لوقف اللجلجة وتجنب أو إخفاء المشكلة، والتي على المدى البعيد تجعل حالة اللجلجة أسوأ.

ومن ثم يمكن تصنيف السمات أو الملامح الإكلينيكية المميزة للجلجة في الكلام إلى نوعين: سمات أو ملامح أولية: ترتكز على مدى طلاقة الكلام، وسمات أو ملامح ثانوية: ترتكز على مدى انعكاس عدم طلاقة الكلام على الفرد.

أولاً: السمات أو الملامح الأولية:

ومن أهم السمات أو الملامح المميزة للجلجة في الكلام – ما يلي:

١- **التكرارات Repetitions:** وهي عبارة عن تكرار الكلمة كلها أو جزء منها لمرات عديدة مع عدم القدرة على تجاوز الكلمة أو المقطع إلى كلمة أخرى أو إلى مقطع آخر – ويشمل ذلك:

- تكرار صوت أو مقطع أو جزء من الكلمة مثل (ب. ب. ب. بابا هنا) أو (ك. ك. كل يوم).
- تكرار كلمة كلها مثل: (أنا. أنا. أنا اسمي علي) أو (أنا. أنا. أنا مسافر).
- تكرار عبارة أو جملة كاملة مثل: (لماذا ذهبت. لماذا ذهبت. لماذا ذهبت). وهكذا تبدو وكأنك تكرر الحرف أو الكلمة أو الجملة إلى ما لا نهاية.

٢- **التطويل Prolongations:** أنها طريقة أخرى تُشعر بأن الكلام قد انحشر بطريقة أو بأخرى، ويشعر المتلجلج بأنه كما لا يمكنه إنهاء الصوت والانتقال إلى صوت آخر. كأن يقول: (جااااي)، (وبدلاً من أن يقول "سبعة" نجدها تخرج منه س س س س بعة) (إسسسمي...).. وبالنسبة للبعض فإن هذا التطويل قد يبدو انه يدوم لساعات طويلة برغم كونه لا يستغرق إلا جزء بسيط من الثانية.

٣- **التوقف اللاإرادي أو الإعاقة:** واعتراض سبيل خروج الكلام Blocking أو اعتقال اللسان: فبعض الأفراد لا يحدث لهم تكرارا أو تطويلا، ولكن ما يحدث هو الإعاقة والتوقف التام لكلامهم وتظهر في فترة صمت أو صعوبة عند خروج الصوت، فيبدو وكأن أفواههم ملتصقة، ويقول بعضهم أنه يشعر أن اللسان ملتصق بالفم أو كأن الهواء محبوس في صندوق الصوت داخلهم. ويبدو ذلك في:

- نطق حرف من حروف الكلمة ثم يحدث توقف بعده تخرج بقية الكلمة بصورة انفجارية.. فعند نطق (محمد) ينطقها: "م (توقف) حمد"، وتصبح هذه الأعراض شبه راسخة لدى المريض وقد يألفها.

- وقد يحدث توقف ملحوظ قبل نطق الكلمة، ثم نطقها دفعة واحدة.

٤- **الكلمات الاعتراضية Interjections:** ويظهر ذلك في إقحام أصوات أو مقاطع أو كلمات أو عبارات اعتراضية (مثل: م... إذ...)، أو تكرار حروف أو كلمات لا صلة لها في الجملة المراد النطق بها ولا صلة لها بالكلام (مثل: أريد أن أشتري كاكاكاكا خبزا).

٥- **الكلمات المكسرة Broken words:** حيث يكون النطق مترابطا ويصعب فهمه بسهولة مع حذف بعض الحروف أو الكلمات أو إبدالها.

٦- **تجنب الكلمات Avoiding words:** فهناك نسبة كبيرة من ذوي اللجلجة في الكلام يكونون أذكياء ولديهم كم كبير من الكلمات في أذهانهم، ومع ذلك: فعندما تواجههم مشكلة في الكلام يمكنهم إيجاد كلمة أو كلمات بديلة أسهل، أو تبدأ بصوت أسهل، وهناك حيل أخرى مثل: التظاهر بعدم السمع، أو إضافة كلمات صغيرة أو بسيطة للجملة أو استخدام كلمة قصيرة..

٧- **اللف والدوران حول المعنى Circumlocutions:** وهذه السمة ترتبط بتجنب الكلمات الصعبة، فيحاول الفرد المتلجلج استخدام كلمات سهلة النطق، ويسعى إلى حشو الفراغ والفجوات الفكرية، ويمكن أن يأخذ ذلك شكل إسهاب في الكلام أو تكرار يكون لها في كل مرة معنى ومدلول مختلف (مثل: ألا ترى، أليس كذلك، أفهمت..إلخ). وبذلك فإن الفرد المتلجلج يجد صعوبة في تحويل الصور الذهنية والأفكار إلى ألفاظ وكلمات.

ثانياً: السمات أو الملامح الثانوية:

وهذه السمات أو الملامح هي سمات وخصائص سلوكية مرتبطة بالسمات الأولية الخاصة بانعدام الطلاقة اللغوية – منها:

١- **المجاهدة الكلامية Speech struggling:** فعادة ما ترتبط اللجلجة في الكلام بزيادة التوتر عندما يحاول الفرد إجبار الفم على الكلام، وربما يحدث كثير من الضوضاء عند دفع أو طرد الكلمات للخارج، وكلما وجدت صعوبة في دفع الكلام أو محاولة فعل ذلك مرارا وتكرارا ازدادت حالة التوقف واعتقال اللسان

سوء، ويحاول الفرد ذو اللجلجة تحريك اليدين والقدمين والجسم بأكمله لإخراج الضغوط والتوتر.

٢- **التشنج أثناء الكلام Tonic:** ففي الحالات الشديدة من اعتقال اللسان واحتباس الكلام الذي يتبعه انفجار نجد المريض يضغط بقدميه على الأرض، مع ارتعاش في رموش عينيه، وإخراج اللسان خارج الفم، والميل بالرأس إلى الخلف، عشوائية في عضلات الوجه، ويتشنج الجسم.. كل ذلك بهدف التخلص من احتباس الكلام أو اعتقال اللسان التي يطلق عليها البعض Stammering.

٣- **حركات لا إرادية:** وتظهر هذه الحركات اللاإرادية في اللسان والفكين، ومحاولة بذل الجهد لاستنشاق الهواء عن طريق الفم، وتقلص الحنجرة، وبالتالي يخرج الصوت بشكل حشرجة أو يكون حادا جدا، ويلاحظ الإفراط في العرق، مع شحوب أو احمرار شديد في الوجه، ويلاحظ قبل الشروع في الكلام تمدد طرفا الأنف حتى تتهيأ للفرد الفرصة من أجل استنشاق أكبر كمية ممكنة من الهواء، ويكون منعكس البلع (بلع اللعاب، أو البلع في الفراغ) من الأعراض الواضحة لدى المتلجلجين أثناء الكلام (الزراد: ١٩٩٠).

٤- **تجنب المواقف Avoiding situations**: حيث يستخدم الأفراد ذوو اللجلجة في الكلام حيلا وأساليب لتجنب الكلام، كأن يتعلل الطلاب بنسيان دروس محددة، أو عدم رفع اليد للإجابة عن التساؤلات برغم معرفتهم الإجابة الصحيحة، أو القول: لا أعرف.. وفي جميع الحالات تستخدم هذه الأساليب لتجنب التحدث أمام الآخرين.

٥- **الاضطرابات الانفعالية**: فالذي يعاني من اللجلجة نجده يشعر بالحرج والخجل والذنب، والإحباط والقلق والغضب، وكثير منهم يشعر باليأس، الأمر الذي يؤدي إلى خفض شعوره بقيمته كإنسان وتقديره لذاته، ومن الممكن أن تكون مصحوبة بمشكلات اجتماعية وانفعالية تنعكس على أهدافه وطموحاته وتوقعاته لنفسه، وأسلوبه الأساسي لمسايرة الحياة، كما يؤدي إلى انعزاله الاجتماعي، ومن الممكن أن تنخفض شدة رغبتهم في التعليم والعمل والإنجاز الاجتماعي (إيهاب الببلاوي ٢٠٠٢).

أشكال اللجلجة في الكلام

يصنف الباحثون اللجلجة في الكلام إلى عدة أشكال:

١ - **اللجلجة النمائية Developmental stuttering:**

وهي شكل من اشكال اللجلجة يظهر عند الأطفال الصغار وهم في مراحل نموهم خاصة عند بداية نطق الطفل الكلمات و الجمل، كما تظهر في الكلمات الطويلة ذات النطق المعقد، وقد تستغرق عدة شهور وتنتهي، ولكنها إذا استمرت فإنها يطلق عليها اللجلجة النمائية المتواصلة (Natke et al., 2002).

٢ - **اللجلجة العارضة:**

وهي لجلجة تظهر عند بعض الأطفال عند تعرضهم لأحداث حياتية ضاغطة: كالتعرض للعقاب القاسي، أو وفاة أحد الوالدين، أو الشجار بينهما أو انفصالهما، أو قدوم مولود جديد أو غير ذلك. وغالبا ما يحدث ذلك عند الأطفال فيما بين سن السادسة إلى الثامنة من العمر وتستغرق سنتين أو ثلاث سنوات وتنتهي بانتهاء الضغوط التي يتعرض لها الطفل.

٣ - **اللجلجة المتمكنة:**

وهي اللجلجة التي تستمر مع الطفل إلى ما بعد الثامنة، أو إذا استغرقت فترة طويلة مع الطفل دون وجود سبب يفسر حدوثها، لكنها في الغالب ما ترتبط بالقلق، فقد لا يلجلج الطفل وهو مع قرين له، أو عندما يكون بمفرده، ولكنه يلجلج بشدة إذا كان مع آخرين يمثلون السلطة بالنسبة له.. وهذا النوع من اللجلجة يظهر لدى الأطفال وقد يمتد إلى سن الرشد، كما أن هناك بعض المواقف التي من شأنها جعل اللجلجة أشد قسوة مثل: التحدث أمام مجموعة أو التحدث في الهاتف، وتحتاج هذه اللجلجة إلى تدخل فعال لعلاجها، وتعد اللجلجة التي تظهر بعد سن الخامسة ويستمر حدوثها هي الأكثر خطورة من تلك التي تظهر في عمر مبكر أو التي تظهر لأسباب طارئة (يوسف: ١٩٩٧).

٤ - **اللجلجة المكتسبة Acquired stuffering**

وهي لجلجة ترتبط بمشكلات عصبية أو بدنية مثل: الحوادث الدماغية أو الشلل الدماغي والصرع، أو اصطدام الرأس، أو حدوث نزيف داخل الجمجمة، أو أي أشكال

تلف المخ.. فغالبا ما نجد ذوي المشكلات العصبية هذه يعانون من اضطراب الطلاقة اللغوية (Gizbzrra, et al., 2000).

وهناك من يصنف اللجلجة في الكلام على أساس أعراضها وطريقة الكلام ومخارج الكلمات والجمل – إلى شكلين:

١ - اللجلجة الاختلاجية أو الاهتزازية Clonic Stuttering

وفيها يكثر تكرار أو إعادة في بعض الحروف أو الكلمات أو المقاطع الصوتية بصورة عقوية لا إرادية، ويظهر هذا التكرار جليا في بداية الكلام: عند أول حرف من الكلمة، أو أول كلمة من الجملة. وهذا ما أدى إلى تسمية هذا النوع من اللجلجة باللجلجة الاهتزازية أو الاختلاجية بسبب طبيعتها التكرارية. ويكثر ظهورها بسبب الانفعال أو التحدث أمام الغرباء. وغالبا فإن الكلمة التي يتعثر فيها الفرد في موقف معين يمكن أن ينطقها في أوقات أو مواقف أخرى بسهولة، ويشيع ظهور هذه اللجلجة في فترتين من العمر: ٢-٣ سنوات، ومن ٦ – ٨ سنوات، وهما فترتان حرجتان في نمو وتطور الكلام لدى الأطفال.

٢ – اللجلجة التشنجية أو الانقباضية Tonic stuttering

ويطلق عليها أحيانا التلعثم التشنجي Tonic stammering أو عقلة اللسان، وهذا النوع من اللجلجة أكثر شدة من النوع الأول، حيث يتوقف الكلام في فم الفرد وبشكل مفاجئ ولا إرادي ويؤدي إلى حبسه في الكلام قد تطول أو تقصر مدتها، وتظهر على الفرد بعض الحركات العشوائية في الوجه والأطراف مع تشنجات في النطق.. وغالبا ما يكثر حدوث هذا التوقف بوضوح عند البدء في الإجابة عن بعض الاستفسارات حتى ليعتقد أن المريض لم يفهم السلوك أو أنه عزف عن الإجابة بشكل نهائي. وهذا ما دفع بعض الباحثين إلى تسمية هذا النوع من اللجلجة بالتلعثم الكفي أو اللجلجة الكفية inhibition stuttering، وغالبا ما يستمر هذه اللجلجة مع التقدم في العمر (الزراد: ١٩٩٠، شقير: ٢٠٠٢).

معدل انتشار اللجلجة في الكلام:

تظهر اللجلجة في جميع الثقافات وبين جميع الجماعات العرقية.. بالرغم من أن انتشارها يختلف من ثقافة لأخرى ومن مجموعة عرقية لأخرى، وتنتشر اللجلجة بنسبة ١

% تقريبا في أي مجتمع، أغلبهم بين الأطفال، وتقدر تلك النسبة بحوالي ٣ مليون شخص في الولايات المتحدة، وحوالي ٥٥ مليون في جميع أنحاء العالم. ويعاني الذكور من اللجلجة في الكلام بنسبة أعلى منها بين الإناث إذ تقدر بنسبة ٣ : ١، وهي بين الصغار أكثر منها بين الراشدين، فهي تنتشر لدى ٥% من الأطفال وتقل عن ١% بين الراشدين.. وتنتشر اللجلجة في جميع الطبقات ولكنها أكثر انتشارا في المجتمعات الراقية والمتقدمة عنها بالمجتمعات البدائية أو المتخلفة.

ويلاحظ أن أكثر من ٥٠% من المصابين يبدأون في اللجلجة في مرحلة مبكرة من العمر، وتنتشر لدى ٨٠% قبل عمر الثامنة، وإن كانت تقل نسبة انتشارها في المراحل التالية. إلا أن انتشارها في العمر الصغير (٢ – ٣ سنوات) لا يمثل مشكلة لأن الطفل مازال في مرحلة تعلم الكلام وهي لجلجة نمائية، أما إذا استمرت بعد ذلك في مراحل الطفولة المتأخرة والمراهقة فإنها تمثل مشكلة تحتاج إلى تدخل علاجي؛ إذ أن الحالات التي تبدأ فيها اللجلجة في سن متأخرة فإن ذلك يرجع إلى عوامل صدمية نفسية تحدث بصورة مفاجئة.. ولقد لوحظ أن حوالي ٥٠% من الذين يعانون من اللجلجة لهم أقارب من الدرجة الأولى مصابين باللجلجة، وهناك اعتقاد أن الأطفال أصحاب الذكاء الحاد أكثر عرضة لهذا الاضطراب (Sommer et al., 2003)، (عبد المعطي: ٢٠٠٣).

النظريات المفسرة لحدوث اللجلجة في الكلام

يوجد عدد لا حصر له من التوجهات الخاصة بالمسببات الممكنة، أو العوامل المؤدية لحدوث اللجلجة في الكلام، ومن المعلوم أنه لا يوجد سبب واحد للإصابة باللجلجة، ولكنها من الممكن أن تحدث نتيجة مجموعة من العوامل التي تؤثر في فرد أكثر من غيره – لذلك يطلق عليها في الغالب: العوامل المتعددة multifactorial، ومن المحتمل أن كل فرد يمكن أن تحدث اللجلجة لديه بعوامل مختلفة عن غيره من الملجلجين هي التي تزيد من تأثره باللجلجة.

ومن أهم التوجهات النظرية المفسرة لحدوث اللجلجة في الكلام – ما يلي:

١ – النظريات الفسيولوجية.

٢ – النظريات النفسية.

٣ – النظريات البيئية والاجتماعية.

أولاً: النظريات الفسيولوجية:

يطلق على هذه النظريات: النظريات العضوية لأنها تفترض وجود قصور أو استعداد فطري في أحد أعضاء الفرد المصاب باللجلجة في الكلام تؤثر على طلاقة الكلام بصورة طبيعية. ومن هذه النظريات ما يلي:

١ – النظرية الجينية:

غالبا ما يكثر الحديث حول مقولة: "الطبيعة الفطرية مقابل التنشئة" – وهي العلاقة المشتركة بين ما نرثه والبيئة التي نتربى فيها.. وعندما نتحدث عن الوراثة فإننا نتحدث عن السمات التي يولد بها الفرد، وقد يطلق عليها العوامل البنيوية Constitutional. ولقد تناولت كثير من الدراسات اللجلجة في الكلام باعتبارها مزيجا من الطبيعة الفطرية والتنشئة، ولكن ما مدى إسهام الوراثة أو العامل التكويني في الإصابة باللجلجة في الكلام؟

توجد بعض القرائن الدالة على تأثير الوراثة في حدوث اللجلجة في الكلام – من ذلك:

* التواصل الوراثي أو رابطة الدم بين المصابين باللجلجة في الكلام:

أن وجود أفراد مصابين من نفس الأسرة يعد مؤشرا هاما للعامل الوراثي. فالدراسات التي أجريت على عينات من ذوي اللجلجة في الكلام أو التلعثم قد أشارت إلى وجود اضطرابات مماثلة بين أفراد آخرين داخل أسرة المريض ولعدة أجيال، وتقدر نسبة اللجلجة داخل أسر الملجلجين حوالي ٢٥ – ٣٠% من حالات اللجلجة.. وقد أشارت بعض الاستقصاءات أن تشارلز دارون كان من الملجلجين، وأن جده كان يعاني من نفس الحالة – الأمر الذي يبرز حقيقة أن اللجلجة تتفشى في الأسر – مما يكون قرينة بأن اللجلجة في الكلام لها أساس وراثي.. ولقد صرح حوالي ٤/٣ من الراشدين المصابين باللجلجة بأنه يوجد داخل أسرهم فرداً واحداً على الأقل مصاب باللجلجة في الكلام، وهذه النسبة أكبر بحوالي سبع أضعاف مما لدى غير الملجلجين.

* الدراسات على حالات اللجلجة بين التوائم:

لقد أجريت دراسات عديدة على التوائم لمعرفة مدى شيوع اللجلجة بين زوجي التوائم تبين منها: أن نسبة التطابق في الإصابة باللجلجة في الكلام بين التوائم المتماثلة (أحادية الزيجوت) تقدر بحوالي ٧٠%. في حين أنها تقدر بحوالي ٣٠% بين التوائم الأخوية (ثنائية الزيجوت) أو غير المتماثلة (Felsenfeld et al., 2000).

٢ - **نظرية السيطرة المخية:**

تركز هذه النظرية على الجانبية غير الكاملة أو السيطرة المخية الشاذة، فهناك اعتقاد بأن اللجلجة ترجع إلى خطأ في تركيب أو وظائف المخ. وقد أوضحت بعض التقارير حدوث اللجلجة، المكتسبة بعد إصابة المخ، حتى لو لاحظنا شفاء المريض من الصدمة المخية التي تبعتها اللجلجة.

قد أوضح تخطيط المخ الكهربي EEG على جانبي المخ وصور الرنين المغناطيسي لدى الملجلجين ومقارنته بنشاط المخ لدى المتحدثين بطلاقة – وقد اتضح ما يلي:

- أن الجانب الأيسر من المخ الذي يسيطر على اللغة يكون نشطا أثناء مهام اللغة والكلام لدى المتحدثين بطلاقة، حيث أن هذا النصف يكون مسئولا عن تنظيم الحركات المرتبطة بالنطق وإخراج الأصوات والكلمات. إلا أن عملية التشكيل النهائية لهذه الأصوات وعملية الكلام عامة تتطلب عمل النصفين معا (Ciabarra et al., 2000).

- يوجد زيادة في نشاط الجانب الأيمن في مهام اللغة لدى ذوي اللجلجة النمائية.. وأضافت بعض الدراسات: أن نشاط الجانب الأيسر من المخ كان ينشط أثناء إنتاج كلام ملجلج، بينما نشاط الجانب الأيمن فكان أكثر ارتباطا بالكلام الطلق.. وقد تم استنتاج أن الخلل الوظيفي الأساسي يكون في الجانب الأيسر، وأن أي فرط نشاط في الجانب الأيمن قد يكون السبب في اللجلجة ولكنها عملية تعويضية. وقد أكدت ذلك صور الرنين المغناطيسي التي أثبتت وجود نشاط زائد في نصف الكرة الأيمن أثناء الكلام الطلق. وعلى ذلك فإنه في حالة اللجلجة يحدث اضطراب في تيار النبضات العصبية الواصل إلى أزواج العضلات المسئولة عن الكلام، ودرجة الاستماع المزدوج في الأذنين.

وقد أكدت هذه الحقائق ما لوحظ من وجود علاقة بين السيطرة المخية و استخدام اليدين: فقد لوحظ أن الذين لديهم لجلجة يكثرون استخدام اليد اليسرى، حيث تكون السيطرة في النصف الكروي الأيمن للأشخاص الذين يستخدمون اليد اليسرى بكفاءة، و أن إرغام الطفل اليساري إلى استخدام اليد اليمنى ينشأ عنه تداخل في عمل كلا نصفي المخ الكرويين أو يحدث تعادل وظيفي بينهما مما يؤدي إلى اللجلجة في كلام الطفل، إذ يتسبب ذلك في تمزق تدفق النبضات العصبية الهادئة إلى الجهاز العضلي المسئول عن الكلام (الزراد: ١٩٩٠).

٣ – **النظرية البيوكيميائية:**

وتعرف هذه النظرية بعدم التوازن الكيميائي الحيوي لدى المتلجلجين – ومن الشواهد على ذلك ما يلي:

- وجود اختلال في الكيمياء العصبية لدى المتلجلجين: إذ ترتبط اللجلجة باضطرابات في شبكة عمل ضبط الحركة بالعقد العصبية القاعدية the basal ganglia، فأي زيادة في دوبامين النواقل العصبية يرتبط باضطراب الحركة كما في حالات النوبات الصرعية ومرحلة تورث.. فلقد أشارت الدراسات التي أجريت على جانب المخ باستخدام تخطيط المخ الكهربي إلى عدم سواء أو شذوذ الدوبامين في منتصف الرأس لدى المتلجلجين.. وقد وجد أن اللجلجة تتحسن باستخراج العقاقير المضادة للدوبامين. ومع أن العوامل المضادة للدوبامين لها تأثير إيجابي على اللجلجة، إلا أن لها آثارا جانبية غير محمودة (Wu et al., 1995, Moore & Haynes, 1990).
- ومن ناحية أخرى وجد اضطراب في توازن سكر الدم لدى المتلجلجين أثناء اللجلجة.
- كما لوحظ اضطراب في عملية الأيض (وهي عمليات الهدم و البناء الخاصة بالتركيب الكيميائي للدم) لدى المتلجلجين.

وقد ناقشت بعض الدراسات أحداث ديناميكية الهواء التي تحدث عند تحرك الأوتار الصوتية أثناء الكلام. ولوحظ أن اللجلجة عبارة عن مشكلات في عضلات التنفس والصوت والنطق (الببلاوي: ٢٠٠٥).

٤ – **النظرية البنيوية:**

تذهب هذه النظرية إلى أن الإصابة باللجلجة في الكلام يتوقف على درجة الاستعداد الفطري والذي يرجع إلى ضعف البنية الجسمية وضعف الجهاز الكلامي والسمعي والتنفسي – الأمر الذي يهيئ للإصابة بالاضطراب في فرد ما دون غيره، أي يجعله تربة خصبة للإصابة باضطراب اللجلجة في الكلام. ومن جوانب ضعف البنية الجسمية – مايلي:

أ - **الاختلال الوظيفي في المهارات الحركية الشفاهية:** إن الاختلال في هذه المهارات يرتبط بتخطيط وتنسيق حركات النطق في اللسان والفك وإخراج الأصوات.. وقد أوضحت بعض الدراسات وجود فروق في المهارات الشفاهية للمتلعثمين، وهؤلاء قد يكونوا أبطأ داخل تناسقا، ولكن من الصعب إدراكها بدون أداة قياس علمية. ولقد استطاع بعض الخبراء من خلال التصوير المتحرك بأشعة X لوجه وفم المتلجلج، أن يؤكدوا على وجه الدقة أن حركات وجه وفم المتلجلج أثناء الكلام أبطأ من الطبيعي حتى عندما يكون الكلام طلقاء، كما تبين أنه لا يوجد تآزر بين حركات الفك والشفتان واللسان، مما يشير إلى أن المخ لا يبدأ ولا ينظم نشاط الكلام بفاعلية وتآزر وهدوء (الببلاوي: ٢٠٠٥).

ب – **اضطراب حركة الحنجرة:** فقد ذهب بعض الباحثين إلى إسهام حركة الحنجرة في عملية الكلام لدى المتلجلجين التي لا يتسق مع حركة أجزاء جهاز النطق الأخرى. فعند حدوث اللجلجة لأول مرة عند الصغار يحدث عدم اتساق بين حركة الحنجرة وحركة فتحة المزمار أثناء الكلام، وعندما تتطور اللجلجة لديهم يحدث خلل في عمليات التنفس وحركة الحنجرة والنطق.. ومن ناحية أخرى وجد بعض الباحثين أن العضلتين الرنيسيتين في الحنجرة تنقبضان أثناء اللجلجة مما يعوق عملية الكلام العادية، وأن الحبلين الصوتيين لا يتحركان بانتظام أثناء اللجلجة (الشخص: ١٩٩٧).

ج – **اضطراب التحكم في إيقاع الكلام:** إذ يصعب على المتلجلج التحكم في إيقاع الكلام وما يتضمنه من سرعة تتابع الأصوات والمقاطع الصوتية والمدة المطلوبة لكل منها أثناء الكلام، لذلك وجد أن المتلجلج عندما يتدرب على التحدث ببطء فيطيل الأصوات المتحركة تتحسن قدرته على التحدث بطلاقة بصورة أفضل.

د – **اضطراب زمن الرجع السمعي:** فعند مقارنة زمن الرجع الخاص بالصوت لدى المتلجلجين بالنسبة لأقرانهم العاديين، وجد أن زمن الرجع أبطأ لدى المتلجلجين، كما يعتقد وجود خلل في ميكانيكية استماع الإنسان لصوته، فهو لا يسمع صوته بالسرعة التي يسمعها الإنسان العادي بل يسمع صوته متأخرا بعض الشيء. بالإضافة لذلك يعتقد أيضا وجود ارتباك في ميكانيكية بدء الكلام. ولقد تم تسجيل عينة من كلام المتلجلجين وإعادته على مسامع الفرد بتأخير يبلغ ١٠/١ إلى ٥/١ ثانية من خلال سماعتين محكمتين على الأذنين – وكنتيجة لذلك وجد أن المفحوص يسمع حديثه في علاقة زمنية غير طبيعية مع صوته، فتضطرب عاداته الإدراكية ورقابته الذاتية على الكلام، ويترتب على ذلك الإبطاء الشديد في الأحرف المتحركة وتكرار الكلمات واللجلجة (الشربيني: ١٩٩٤).

ثانياً: النظريات النفسية:

السؤال الذي يفرض نفسه: هل اللجلجة اضطراب نفسي؟ أم أن العامل النفسي يزيد من حدة الاضطراب ويظهره بوضوح أكبر؟ يبدو أن هناك علاقة تبادلية بين كل من اللجلجة والعامل النفسي، وقد استعرضت النظريات النفسية تفسير هذه العلاقة على النحو التالي:

١ – النظرية النمائية:

تذهب التوجهات النظرية المختلفة إلى إرجاع اللجلجة في الكلام إلى المراحل النمائية في اكتساب اللغة والكلام، والمواقف المرتبطة بها في الطفولة والمراهقة:

ففي الطفولة:

تحدث اللجلجة بوجه عام في الوقت الذي يكون فيه جهاز اللغة في مرحلة نمو – إذ أن هناك الكثير من الشواهد التي تربط نمو لغة وكلام الطفل باللجلجة – من ذلك:

- أن الطفل في مرحلة نمو اللغة والكلام غالبا ما يجد صعوبات راسخة في الكلام: كاستبدال كلمة أو عدم كفاءة المفردات عنده. فالطفل يعرف ما الذي يريد أن يقوله ولكن الكلمة التي يريد استخدامها تراوغه من دقيقة لأخرى.
- أن بعض الأطفال في مرحلة نمو اللغة والكلام يكون بطيئاً في الكلام وبعضهم الآخر يكون متقدما في عملية الكلام.
- افترض بعض الباحثين أن الزيادة السريعة والمفاجئة في مهارات اللغة عند الطفل قد تحمل جهاز الطلاقة اللغوية أكثر من طاقته.
- أن الأطفال عندما يحاولون استخدام لغة مركبة أو معقدة فإنهم غالبا ما يتلعثمون أو يتلجلجون كثيرا، كما أنهم عندما يقومون بتفسير الأشياء أو يهتمون بإعادة سرد بعض القصص فإنهم يحاولون عمل ذلك بسرعة مما يجعل الطلاقة تتعطل، ويبدو أنها تتعطل كثيرا في الكلمات الطويلة، وفي الجمل المعقدة، وعند بداية الجمل، وفي الكلمات قليلة الشيوع.

وعلى ذلك: فإن اللجلجة في الكلام تحدث للأطفال الصغار عندما تكون هناك مواقف محددة مطلوبة ويشعر الطفل بالضغط، فيجد صعوبة في إيجاد الكلمات المناسبة، ويجد صعوبة في أداء الأصوات الكلامية ويتحدث بسرعة فتحدث اللجلجة (Notke, et al., 2002)

أما في الطفولة المتأخرة والمراهقة:

فإن الظروف التي يعايشها الأطفال والمراهقين خاصة تؤدي إلى إثارة الإحباط وانعدام الثقة بالنفس:

- فالمراهق قد يكون ممتلئا بالقوة والاستقلال، وقد يكون في يوم آخر ممتلئا بالشك والريبة.
- وتوجد تغيرات جسمية وعقلية وتغير في طريقة التفكير، وتزداد أهمية الأصدقاء.
- لا يفهم أفراد الأسرة أو الكبار حاجة المراهق للاستقلال.

- هناك ضغوط تصيب المراهق بسبب الزي والشكل المناسب، كما أن هناك زيادة في الضغوط التعليمية كالامتحانات والنتائج قد تؤثر في ثقة المراهق بذاته.
- تحدث اللجلجة نتيجة حساسية المراهق وقلقه ويكون لدى المراهق المتلجلج كم كبير من خبرات اللجلجة، ويصبح لدى أغلبهم خبرات مرتبطة باللجلجة.
- كالتهديد الدائم بالمضايقة من جراء اللجلجة أو التلعثم في الكلام.
- محاولة إخفاء أو تجنب أو خفض اللجلجة والشعور بالإحباط عندما لا تنجح أي من هذه الأساليب.
- بذل مجهود كبير من العلاج لكنه بلا نتيجة لأسباب كثيرة.
- من خلال التعرض لتلك المجموعة من الخبرات السلبية تزداد اللجلجة عند المراهقين.

٢ - نظرية التحليل النفسي:

تذهب نظرية التحليل النفسي إلى أن اللجلجة في الكلام ما هي إلا اضطراب عصابي تكمن خلفه عوامل أو ميكانيزمات دفاعية لا شعورية منها:

أ - **الكبت:** فإنكار الاحتياجات الأساسية يؤدي إلى واحدة من سلوكيات كثيرة من بينها اللجلجة. فاللجلجة والتلعثم في الكلام حيلة دفاعية ضد بعض الأفكار المهددة، أو أنها آلية لكبت المشاعر غير المرغوبة. فالفرد المصاب باللجلجة يعيش صراعا بين الرغبة الشعورية في أن يتكلم وحفزه لا شعورية بعدم الكلام. ويبدو أن الكلام فعل عدواني يوجه ضد من يسمع، وتكون اللجلجة تأجيلا مؤقتا لهذا العدوان (الشربيني: ١٩٩٤). كما أن زيادة قوة الكبت الناجمة عن عوامل العدوان والخوف قد تؤدي في بعض مواقف الضغط النفسي إلى اللجلجة خاصة إذا انتشرت عملية الكبح إلى عضلات النطق واللسان.

ب - **النكوص:** وقد تفسر اللجلجة في الكلام باعتبارها نكوص إلى الطفولة حيث التثبيت في المرحلة الفمية (من مراحل نمو اللبيدو)، إلى الارتباط بين الكلام والنزعات العدوانية نحو الوالدين. فعندما يتعرض الطفل إلى قسوة أو خوف فإنه يستجيب بإغلاق

فمه أو بالامتناع عن النطق السوي الذي يأخذ شكل اللجلجة أو كعصاب تحولي يتضمن التعبير عن غريزة غير مرغوبة تصاحب العدوانية الموجهة ضد المستمع.

ومن ناحية أخرى: تعتبر اللجلجة تعبير عن الخوف من الخصاء – فانعقاد اللسان دليل على عدم النمو النفسي السوي، والنكوص إلى المرحلة الفمية فيتلذذ الفرد بحبس الكلام بدلا من إخراجه.

ج – **الإحباط:** فاللجلجة عرض خارجي للحاجات المكبوتة التي تتضمن محاولة الفرد إخفاء مشاعر الكراهية تجاه الآخرين، حيث أن هذه الرغبة تتعارض مع قيم وعادات وتقاليد المجتمع، وبالتالي يتعرض الطفل للصد والمنع فيلجأ إلى الكبت.. ورغم ذلك تحاول هذه الرغبة التعبير عن نفسها من وقت لآخر فتحدث اللجلجة كرد فعل للضوابط والموانع الاجتماعية كسلوك مقبول بدلا من الدوافع الأونية غير المقبولة.

د – **الصراع:** حيث يعاني الشخص المصاب باللجلجة في الكلام صراعا لا شعوريا بين الرغبة في الكلام والتعبير عن الأفكار والآراء ومحاولة تجنب الكلام أو الامتناع عنه لا إراديا.. ولذا: فإن اللجلجة تعد عرضا واضطرابا نفسيا يعانيه الفرد.

هـ - **ضعف الأنا:** كذلك قد ترجع اللجلجة في الكلام إلى ضعف الأنا وفقدان القدرة على التعبير والمواجهة وقمع الميول والرغبات شبه العفوية أو تأنيب الضمير، ومن ثم: يحاول الفرد أن يستبعد الواقع المؤلم بما يزيد أو يهيئ اللاشعور للسيطرة والقيام بعمله الذي يتجلى في شكل لجلجة أو تلعثم وتشنجات تعبر عن وجود كبت شديد لدى الطفل.

و – **الاستدخال:** ويشير إلى تأثر الطفل المتلجلج بعواطف وآلام الآخرين يصل لدرجة الإصابة بنفس الأعراض الموجودة لديهم كشكل من التطابق الهستيري أو كنوع من الرمزية اعتمادا على لا منطقية اللاشعور. وبالتالي يستدخل الطفل اللجلجة التي يعاني منها الأفراد الذين لديهم مكانة خاصة، ويحدث توقف الكلمات واحتباسها بنفس الطريقة التي يتكلم بها هؤلاء الأفراد.

ز - **اللجلجة كعرض هستيري:** فنتيجة للحرمان من عطف وحنان الأم – إذ يحقق اضطراب اللجلجة في الكلام لدى الطفل مكاسب ثانوية كنوع من التعبير الرمزي عن

الدوافع اللاشعورية المكبوتة حيث يترجمها الفم والأعضاء التنفسية والكلامية إلى لجلجة في الكلام (الزراد: ١٩٩٠).

٣ - نظرية التعلم:

وهي تفترض أن التلعثم واللجلجة في الكلام استجابة متعلمة لحالات الخلل في طلاقة اللسان المعيارية يكتسبها الفرد طبقا لمبادئ وقوانين التعلم. ومن العوامل المرتبطة باكتساب اللجلجة في الكلام ما يلي:

أ - **التقليد والمحاكاة:** إذ يفترض أن اللجلجة قد تكون سلوكا مكتسبا عن طريق التقليد ومحاكاة الآخرين عن طريق التعلم الاجتماعي، وقد يجد ما يدعم ذلك إذا وجد نموذج من أفراد متلجلجين ذوي أهمية في الحياة المبكرة للطفل خاصة إذا كان النموذج أحد الوالدين أو الأخوة أو الكبار الذين يحتلون مكانة خاصة لديه:

- كأن يتسم هذا النموذج بعدم الطلاقة في الحديث.
- عندما يتحدث هذا الشخص (النموذج) بسرعة كبيرة فإن الطفل قد يحاول تقليد ذلك.
- عندما يستخدم الشخص لغة معقدة فإن الطفل يحاول نسخها.

وكلما اشتدت علاقة هذا النموذج المتلجلج بالطفل يحاول تقليده، ومع بعض الخواف والقلق يتحول هذا القلق إلى عيب في الطفل وتثبت اللجلجة في الكلام لديه (عبد المعطي: ٢٠٠٣).

ب - **الإشراط الكلاسيكي:** فطبقا للإشراط الكلاسيكي يُنظر إلى اللجلجة في الكلام كاستجابة شرطية فهي تحدث نتيجة الاقتران بين بعض المواقف الكلامية بحالة انفعالية سلبية: كالضرب أو القسوة أو الحرمان (تعزيز سالب) مما يؤدي بالطفل إلى عدم النطق أو اللجلجة عند المواجهة كشكل من أشكال التوافق خشية العقاب.. ونتيجة لذلك يصبح الكلام عملية صعبة، أو يتوقع المتلجلج دائما أنه سيعاقب على محاولاته الكلامية، ويبذر ذلك في صورة عدم طلاقة طبيعية وصعوبة في تدفق الكلام، ودائما يتلجلج الفرد في الظروف المثيرة للقلق وتصبح اللجلجة مشرطة كلاسيكيا.

ج ـ **الإشراط الإجرائي:** وقد أشار بعض الباحثين إلى أن اللجلجة من الممكن أن تنخفض أو تزداد كوظيفة للآثار المترتبة عليها وذلك طبقا لقوانين الإشراط الإجرائي. فلقد اتخذ بعض الباحثين من نظرية سكنر أساسا لتفسير اللجلجة في الكلام: حيث ينظر إلى اللجلجة كنتاج طبيعي لعدم الطلاقة اللفظية عند الأطفال، وإنما تستمر مادام التعزيز الإيجابي من المستمع والمتمثل في تعبيرات الوجه والتلميحات مستمرا، أو التعزيز السلبي والذي يؤدي إلى أن يغير الطفل من اللجلجة كعدم طلاقة طبيعية عفوية أو صراع أو صمت (ياسين: ٢٠٠٠).

وقد حاول بعض الباحثين التحقق من ذلك تجريبيا فوجد أن اللجلجة تزداد بالمعززات وتقل بالعقاب.. ففي بعض التجارب تم استخدام عقوبات لفظية مثل كلمة "لا" و"خطأ" لخفض تكرار اللجلجة أو استخدام صدمة كهربية أو إحداث ضوضاء عند اللجلجة ــ وتحت تأثير الصدمة وجد أن اللجلجة قد ازدادت لدى البعض وانخفضت لدى البعض الآخر.

د ـ **صراع الإقدام والإحجام:** فقد ذهب شيهان Sheehan إلى أن اللجلجة تحدث نتيجة الصراع بين اثنين من الدوافع المتغايرة أو المتصارعة داخل الفرد بين أن يتحدث أو يهرب من التحدث.. فالفرد الذي يعاني من اللجلجة يكون مترددا بين الرغبة في الكلام والرغبة في عدم الكلام، كما يتردد بين الرغبة في الصمت والرغبة في عدم الصمت.. وعندما يكون الدافع على تجنب الكلام أقوى يلجأ للصمت، وعندما يكون الدافع للإقدام على الكلام أقوى يكون طلقا، وعندما تكون الدوافع متساوية يكون في حالة من الصراع ويتلجلج (الببلاوي: ٢٠٠٥).

هـ ـ **انعدام التغذية الراجعة:** أن ينظر إلى أن اكتساب الكلام على أنه عملية تعتمد على تغذية راجعة مناسبة، ومن ثم: يفترض وقوع اللجلجة بسبب تعطل في درجة التغذية الراجعة التي ينالها الطفل، فيحدث لديه الكلام المختل.. ومن ناحية أخرى يذهب البعض إلى أن اللجلجة ترجع إلى التصحيح الزائد من قبل الوالدين لنطق الطفل وعقابه على النطق غير الصحيح فما يولد القلق والخوف من الكلام فيؤدي إلى اللجلجة (عبد المعطي: ٢٠٠٣).

٤ - النظرية المعرفية:

تفترض النظرية المعرفية أن اللجلجة في الكلام كأي اضطراب عصابي نتيجة للتشوه المعرفي والأفكار الخاطئة المرتبطة بالكلام. أن الاعتقادات الخاطئة تتسبب في اضطراب التواصل: فما نرسمه عن أنفسنا هو الذي يزعجنا وليس ما يرسمه مَنْ حولنا. أن أحد الأسباب المرتبطة بتفهم اللجلجة في الكلام هي إلقاء الضوء على: كيف تؤثر الأفكار والمشاعر الخاصة بالكلام ومواقف التحدث على الطلاقة اللغوية من أنها الحلقة المفرغة للجلجلة.

أن فهم دور الأفكار والمعتقدات في جعل المواقف أحسن أو أسوأ لذواتنا هي التي ترتبط بالطلاقة أو اللجلجة في الكلام. وتسير الحلقة المفرغة المرتبطة بحدوث اللجلجة في الكلام على النحو التالي:

أ – **الأفكار السلبية:** فبعض الأفكار السلبية قد تلمع في عقل الشخص المتلجلج "أنا أتلعثم"، "مش قادر أعمل حاجة"، "أنا غير قادر على الكلام"... وقد تحدث هذه الأفكار بسرعة ولا يمكن ملاحظتها ولكن يمكن الإحساس بسوءها. إن إبراز هذه الأفكار القوية والمقنعة هي أقوى المعتقدات ذات الصلة بنتائج اللجلجة مثل: "سوف يضحكون عليّ"، "هايقولوا إني غبي"، "لا يستمعوا لي أو يحاولوا فهمي".

ب – **الانفعالات:** أن الأفكار السلبية السابقة تسوء بسبب الاستجابات التي تصاحبها. فمن الطبيعي أن تكون هناك استجابة انفعالية ترتبط بالموقف، حيث يشعر المتلجلج بالقلق والعصبية والخجل والإحراج أو الضيق.

ج – **الاستجابات البدنية:** الإحمرار أو العرق، زيادة ضربات القلب، الشعور بألم في المعدة... إلخ. ولكنها استجابات بدنية طبيعية للانفعالات القوية المرتبطة باللجلجة التي تجعل الأمور تسوء وتجعل الشخص أكثر وعيا بالذات مما يؤدي إلى اللجلجة.

د – **بداية اللجلجة:** قد يتجنب الشخص الموقف تماما، أو يغير الكلمات، وقد لا يتكلم، أو عندما يتكلم معه أحد يتلجلج بسبب زيادة التوتر.

هـ - **اكتمال الدائرة:** من الممكن أن يقوم هذا السلوك بتقوية الأفكار والمعتقدات: "أنا عارف أني مش قادر أعمل كدة".. وفي المرة التالية عندما يدق التليفون (مثلاً)، أو عندما يقف في الصف لحجز تذكرة قطار، أو عندما يجيب التلميذ عن سؤال في الفصل، أو

عندما يتحدث مع الآخر، أو مع شخص غريب – فإن الحلقة المفرغة قد تظهر على السطح مرة أخرى (Felsenfeld, 2000).

٥ - نظرية عوامل الشخصية:

تذهب هذه النظرية إلى أن اللجلجة في الكلام ترتبط بنمط خاص يميز شخصية أصحابها من ذلك ما يؤكده العلماء من تميز المتلجلجين بسمات خاصة على النحو التالي:

أ – الأفراد مرتفعي التحصيل، ناقدي الذات، القلقين من المحتمل أن يكونوا سريعي التأثر باللجلجة في الكلام.

ب – أن الأفراد المتلجلجين عادة ما يكونون خجولين عصبيين.. إن كانت هذه الحقيقة غير واضحة عمليا، ولكن الأطفال والراشدين المتلجلجين لهم نفس أنماط الشخصية مثل أي شخص، ولكن اللجلجة قد تؤثر على تقدير الفرد لذاته وثقته في بعض المواقف، وعادة ما يكون الخجل أو الصمت نتيجة للجلجلة.

ج – يؤكد كثير من الآباء ان طفلهم من الممكن أن يكون حساسا أو قلقا.. وإذا كانت هذه السمات لا تتسبب في اللجلجة فإن الطفل يكون أكثر حساسية للجلجلة وأكثر وعيا بالصعوبات والأخطاء التي يقع فيها.

د – عدم الثقة بالنفس والشعور بالدونية وعدم تأكيد الذات تعد من العوامل الهامة التي تؤدي إلى اللجلجة، وهي كتنفيس انفعالي عن عدم الشعور بالأمن والشعور بالخوف والإحباط الأمر الذي يؤدي إلى إصابة الفرد باللجلجة.

هـ - أن الأفراد المصابين باللجلجة لديهم كثير من الوساوس القهرية التي ترتبط بنوع الكلام وكيفية استخراج المقاطع والكلمات، ومحاولة الطفل لأن يكون مفهوما من الآخرين، أو عندما يحاول أن يحظي بانتباه المستمع، فإن شدة التركيز تجعله غير طليق اللسان، فيشعر بالإحباط والارتباك والتوتر والقلق، وبتكرار الخطأ والحرج يصبح الفرد غير قادر على السيطرة على الكلام (عبد المعطي: ٢٠٠٣).

وقد أشار بعض الباحثين إلى أن الخصائص أو السمات السابقة يمكن أن تميز أفراد غير متلجلجين، إلا أن اللجلجة في الكلام تزيد من عمق هذه السمات.

ثالثاً: النظرية البيئية الاجتماعية:

يقصد بالعوامل الاجتماعية والبيئية: كل ما يحيط بذوي اللجلجة سواء في المنزل أو المدرسة أو الأصدقاء.. وغيرهم. وغالبا ما تلعب العوامل البيئية دورا هاما في الاصابة بالاضطراب. ومع أن بعض الباحثين قد أشار إلى أن هذه العوامل لا تتسبب بذاتها في اللجلجة والتلعثم في الكلام ولكنها تؤثر في كمية ونوع اللجلجة بصورة غير مباشرة.

أ ـ العوامل البيئية الاجتماعية:

اعتمد جونسون Johnson في نظريته التشخيصية العلاجية على الأحداث البيئية لتفسير اللجلجة في الكلام، وأشار إلى عدة حقائق ترتبط بدور الأسرة والكبار المحيطين بالطفل في إحداث اللجلجة وتطورها واستمرارها. وذلك على النحو التالي:

- أن الطفل في بداية تعلمه واكتسابه للكلام غالبا ما تصدر عنه استجابات كلامية بها تكرارات لبعض الحروف والأصوات والمقاطع، والتردد عند النطق.. وما إلى ذلك ـ وهذه ليست لجلجة في حقيقة الأمر.
- الآباء والكبار المحيطون بالطفل ممن لديهم معايير مرتفعة للطلاقة اللغوية، أو الذين لا يعرفون أن أغلب الأطفال في كلامهم الطبيعي في مرحلة النمو اللغوي المبكر يمكن أن يكرروا أو يُقطعوا أثناء الكلام، أو يطولوا في بعض الكلمات أو أجزاء من الكلام: مثل هؤلاء الآباء يمكن أن يشخصوا هذه الحالة ـ خطأ ـ بأنها لجلجة في الكلام.
- يبدأ الآباء والكبار المحيطون بالطفل مرحلة من القلق والخوف والاهتمام الزائد بكلام الطفل.
- يبدأ الآباء والكبار في إعطاء الطفل تعليمات تتعلق بطريقة نطقه وكلامه، أو يظهرون أخطائه الكلامية وتصحيحها، ويبدأون في نقده وتوبيخه، وأحيانا عقابه بشأن طريقته غير الصحيحة في الكلام.
- يشعر الطفل بالتوتر والقلق والخوف فيستعجل إخراج الكلام قبل التوبيخ أو العقاب فيقع في لجلجة حقيقية.
- يشعر الطفل المتلجلج بالخزي والخجل والحرج في المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه بسبب لجلجته ويشعر باليأس نظرا لأنه يحاول تجنب تلك المشاعر

خلال تجنب اللجلجة، ومن ثم يصبح رد الفعل التجنبي "توتري إدراكي توقعي" فيشعر أنه لا حول له ولا قوة ويحاول تصحيح طريقته في الكلام دون جدوى.

- يزداد قلق الطفل وتوتره، ويزداد قلق الوالدين، فيزداد عسر الكلام عند الطفل وتتأصل اللجلجة عنده. وهكذا تستمر دائرة اللجلجة.

وقد استنتج جونسون والباحثين الذين تابعوا افتراضاته – ما يلي:

١- أن كلمة اللجلجة ليست هي ما يسبب اللجلجة، ولكن الاستجابة للكلمة هي التي تخلق تعزيز غير مقبول للجلجة. فاستجابات الناس للجلجة الطفل هي التي تعزز الحدث.

٢- أن البيئة المحيطة بالطفل هي التي تخلق اللجلجة فحوالي ٨٠% من الأطفال الذين يبدأون اللجلجة في سن مبكرة يتغلبون عليها بشكل تلقائي، ولكن الأطفال غير القادرين على التوافق مع ما أسماه جويتر Guitor "بجوهر اللجلجة" Core of stuttering هم الذين يستمرون في اللجلجة حتى تصبح لجلجة شديدة.

ب – الضغوط البيئية:

فالضغوط والأحداث والسلوكيات والاتجاهات التي تحدث في المنزل والمدرسة والمجتمع لها أثر محقق على جوانب كثيرة بينها الطلاقة اللغوية. فالأطفال بشكل طبيعي على دراية واستجابة لبيئاتهم، فبعض الأطفال يسايرون أساليب الحياة النشطة والمعقدة، والبعض الآخر ويستطيعون التأقلم والتكيف السريع مع مشكلات وضغوط الحياة اليومية، وفئة منهم لا تستطيع التعبير عن مشاعرهم لفظيا فيقعوا في اللجلجة في الكلام.

وقد لوحظ أن الطفل الذي يعايش اللجلجة أو يكون سريع التأثر بها سيجد من الصعب عليه أن يكون طلقا أثناء التحدث بسرعة للمشاركة في المحادثة السريعة لكي يكون في نفس معدل الآخرين في التحدث أو استخدام جملا أكثر طولا وتعقيدا.

وهناك من الأحداث والضغوط البيئية التي ترتبط باللجلجة في الكلام عند الأطفال منها:

أ – الصدمات أو التوترات الأسرية: كميلاد طفل جديد في الأسرة، أو إفراط الوالدين ومغالاتهما في رعاية طفلهما وتدليله في طفولته، أو محاباة الطفل وإيثاره، افتقار الطفل

إلى عطف أحد الوالدين أو رعايته والتسلط الوالدي.. إلخ مما يسبب ضغوطا على الطفل فيقع في قلق وتوتر ينعكس على طلاقته اللغوية.

ب – المواقف المرتبطة بالالتحاق بالروضة أو المواقف المدرسية، مغالاة المعلمين في الواجبات المدرسية، ضغط الامتحانات، الإخفاق في التحصيل المدرسي، حقد الطفل على المحيط المدرسي، الطموح الزائد للوالدين نحو مستقبل الطفل وتحصيله، عقاب الطفل على التقصير، التهديد بالعقاب... وما إلى ذلك كلها مواقف ترتبط باللجلجة العارضة للكلام.

ج – الأحداث الضاغطة التي يعايشها الطفل: وفاة أحد الوالدين، أو أحد الأقارب، الانفصال عن أحد الوالدين أو غيابهما المؤقت أو الدائم، المرض، الحوادث التي يتعرض لها الطفل.. إلخ. إن كثيرا من الأطفال يكون رد فعلهم لهذه الأحداث الضاغطة يرتبط بحدوث لجلجة في الكلام سواء كانت لجلجة عارضة أو مزمنة مرتبطاً

هكذا: يتضح أن العوامل البيئية والاجتماعية تؤثر تأثيرا بالغ الأهمية في حدوث اللجلجة في الكلام لدى فئة لا يستهان بها من الأطفال (Felsenfeld, et al., 1200)

تشخيص اللجلجة في الكلام

أولاً: أساليب التشخيص:

تستخدم أساليب عديدة لتشخيص اللجلجة في الكلام – منها ما يلي:

١ – <u>الملاحظة:</u>

حيث يتم ملاحظة كلام الطفل أثناء المحادثة العادية مع الوالدين والأخوة والرفاق وأثناء تفاعله معهم، ويتم ذلك سواء بالملاحظة المباشرة أو غير المباشرة، وغالبا ما يتم ذلك من خلال غرفة الملاحظة أحادية الاتجاه التي تسمح بملاحظة الطفل ومشاهدته ونقل الصوت دون أن يعرف الطفل أنه موضع ملاحظة – ويتم تسجيل كلام الطفل والتعرف على نوعية اللجلجة وشكلها ودرجتها، وموضع اللجلجة في كلام الطفل، والظروف التي تحدث فيها اللجلجة، والحالة الانفعالية والمظاهر الفسيولوجية المصاحبة للجلجة، ومدى إدراك الطفل للجلجة في كلامه، وتكرارات اللجلجة ومدتها، والترددات، والمد والضغط

على الأصوات، ومخارج الحروف، ومدى مجاهدة الطفل أثناء الكلام، أو التشنج والحركات اللا إرادية المصاحبة، أو تجنب المواقف الخاصة بالكلام ...إلخ. مما يمكن معه اكتشاف مدى حدوث اللجلجة عند الطفل.

٢ - تسجيل عينات من كلام الطفل:

إذ يتم تسجيل عينات من كلام الطفل – سواء كان تسجيلا صوتيا أو تسجيلاً بالفيديو – أثناء تفاعلات الطفل مع الوالدين والأخوة، أو المعلمين أو الأقران، وأثناء اللعب الحر وأثناء القراءة في الجهرية، وأثناء التفاعل الصفي، وخارج الصف الدراسي..إلخ، ويتم تحليل عينات كلام الطفل لتحديد: نوع اللجلجة، التوقفات، التكرارات، المد والتطويل، والكلمات المكسرة والمتجنبة. أو اللف والدوران حول المعنى، وملاحظة درجة التوتر أو الخجل أو الحركات المصاحبة للجلجة الطفل، وتحديد معدل اللجلجة في كلام الطفل، والمواقف التي تحدث منها، ومدة استمرار اللجلجة (الشخص: ١٩٩٧).

٣ - المقابلة:

حيث يتم إجراء مقابلات مع الوالدين أو بعض أفراد أسرة الطفل المصاب باللجلجة في الكلام، ومع بعض المعلمين، أو بعض الأقران. والهدف منها دراسة التاريخ التطوري للحالة للحصول على معلومات حول المشكلة عند الطفل، ومراحل نمو الطفل، وما تعرض له من مشكلات صحية أو نفسية، وبداية ظهور اللجلجة في كلام الطفل؛ وطبيعتها؛ ونوعها؛ ومظاهرها؛ وظروف حدوثها، ومحاولات العلاج السابقة، وعن مدى وجود المشكلة داخل الأسرة.. وما إلى ذلك.

٤ - الفحص الطبي:

من أجل تشخيص اللجلجة في الكلام لابد من إجراء الفحوص الطبية اللازمة لجهاز الكلام، وإجراء الفحوص العصبية، وتحليل الدم، وتحديد أي سبب أو قصور عضوي في جهاز الكلام أو أي عطب بالجهاز العصبي الكلامي.

بالإضافة لذلك: يتم قياس بعض خصائص عملية الكلام مثل: ضغط هواء الزفير، ومدى توقفه، وتردد الصوت، وأوقات خروج الأصوات ومدى الصوت. فالمتلجلج غالبا

ما يسيء استخدام هواء الزفير، وربما يخرج الهواء دفعة واحدة دون كلام، كما أنه يميل إلى خفض الصوت أثناء الكلام أو التلفظ ببعض الكلمات.

٥ - <u>الفحص النفسي:</u>

غالبا ما يتم تشخيص اللجلجة في الكلام بإجراء الفحوص النفسية والشخصية والقدرات العقلية، ومستوى التوافق النفسي، والتحصيل الدراسي، والمشكلات النفسية والأسرية لدى الطفل ويدخل في ذلك تطبيق القياسات التالية:

- اختبارات ومقاييس القدرات العقلية العامة واللفظية.
- اختبارات ومقاييس الشخصية الموضوعية والإسقاطية.
- دراسة تاريخ الحالة: النمائي، والشخصي، والاجتماعي، والأسري، والصحي.
- درجات التحصيل الدراسي..

والهدف من الفحص النفسي التعرف على مدى الاضطرابات النفسية والانفعالية المرتبطة باللجلجة في الكلام.

ثانياً: التشخيص الفارق:

يجب تمييز اللجلجة في الكلام عن الاضطرابات التالية:

١ - الخلل العادي في طلاقة الكلام في سنوات ما قبل المدرسة: حيث أن عدم الطلاقة يكون أكثر وضوحا في حالة اللجلجة في الكلام، وتكثر التكرارات وتطويلات الصوت، كما يكون المتلجلجون أكثر توترا من الأطفال غير الطلقين في كلامهم الذين يبدون في حالة الارتياح.

٢ - الحبسة الكلامية التشنجية: فالحبسة اضطراب كلامي يشبه اللجلجة، لكنه متميز عنها بوجود شذوذ في أسلوب التنفس وعدم خروج مقاطع الكلمات.

٣ - اضطراب تشوش إنسياب الكلام: الذي يتميز بسرعة الكلام فلا تتضح فيه الكلمات، ويتسم بنماذج كلامية شاذة وغير متناغمة، وغالبا ما يكون المصابون

غير واعين بالاضطراب – أما في اللجلجة فإن المصابين يكونوا على وعي بصعوباتهم الكلامية (عبد المعطي: ٢٠٠٣).

التوجهات العلاجية للجلجة في الكلام

هناك الكثير من العلاجات للجلجة الكلام عند الصغار والكبار: وأي علاج من الممكن أن يحسن من اللجلجة إلى حد ما، ولكن حتى الآن لا يوجد علاج محدد معجز لإزالة اللجلجة في الكلام أو قهرها، وعلاج اللجلجة قد يساعد في منع اللجلجة النمائية من أن تصبح مشكلة مدى الحياة، وبالتالي من الضروري تقييم كلام الطفل منذ بداياته وتحديد سلوكيات مجاهدة ومصارعة اللجلجة التي يبديها الطفل عند الكلام.. وفيما يلي نورد بعض التوجهات الإرشادية والعلاجية لمواجهة اللجلجة في الكلام.

أولاً: التدخل المبكر

يعتبر التدخل المبكر لعلاج اللجلجة في الكلام من القضايا الهامة التي استحوذت على اهتمام أخصائيي اللغة والتخاطب، والمعالجين، والوالدين على حد سواء، لكن السؤال المحير حولها: متى نبدأ بالتدخل المبكر؟. أو قد اختلف الباحثون في تناول الإجابة عن هذا التساؤل خاصة ما يتعرض له معظم الأطفال في مرحلة اكتساب اللغة وفي الطفولة المبكرة من صعوبات عند التعبير عن أنفسهم فتظهر تطويلات لبعض الكلمات أو تكرارات لبعض المقاطع الصوتية، أو التوقف أثناء الكلام، قد يتعرض بعض الأطفال للجلجة العارضة المصاحبة للضغوط الحياتية والاضطراب الانفعالي – مما قد يشخص خطأ على أنه لجلجة تحتاج إلى تدخل علاجي.

ومن الممكن منع اللجلجة لدى أطفال ما قبل المدرسة وصغار الأطفال الملجلجين من خلال المعالجة البيئية والإرشاد النفسي للوالدين.

وغالبا ما يتم التدخل المبكر لعلاج اللجلجة الفجائية والعارضة من خلال تعليم الوالدين كيفية إعادة تركيب كلام الطفل لخفض اللجلجة ومنعها من الاستمرار ومن أن تصبح لجلجة متمكنة، تشنجية او اختلاجية أو غيرها.. وغالبا ما يوصي الوالدان بضرورة:

أ ــ خلق محيط وجو هادئ يقدم فرص كثيرة يتحدث فيها الطفل مع الوالدين أو مع الأخوة أو الأقران بدون الانتباه إلى كلامه، ودون التعليق على اضطراب كلامه.

ب ــ الابتعاد عن تكرار انتقاء كلام الطفل أو الاستجابة السلبية لكلامه، كما ينبغي على الوالدين تجنب عقاب الطفل لعدم انطلاقه أو أن يطلبوا منه تكرار كلمات اللجلجة حتى ينطقها بطلاقة.

ج ــ تجنب تشجيع الطفل على التحدث أمام الناس ليحكموا على أدائه اللفظي.

د ــ الإنصات بانتباه إلى الطفل عندما يتحدث.

هـ ـ يجب أن يتحدث الوالدان ببطء وهدوء حتى يتعود الطفل أن يتكلم بنفس الطريقة.

و ــ انتظار الطفل حتى يقول الكلمة التي يريدها، وألا يحاول أحد من الوالدين تكملة أفكار الطفل.

ز ــ عدم انزعاج الوالدين لكلام الطفل، وتقديم النماذج اللغوية الصحيحة حتى لا تتمكن اللجلجة من الطفل.

ح ــ لا يضع أحد من الوالدين في ذهنه أن اللجلجة عادة سيئة.

ط ــ لا يطلب أحد الوالدين من الطفل التوقف وأن يبدأ من جديد.

ي ــ لا يُطلب من الطفل أن يتوقف وأن يفكر فيما يقول.

ك ــ عدم مساعدة الطفل أو إمداده بكلمات تسبب له مشاكل، ولكن يجب أن ندعه يستخدمها بنفسه.

ل ــ لا يطلب من الطفل التحدث بسرعة أو ببطء أو بصوت منخفض أو مرتفع أو أن يأخذ نفس عميق أثناء الكلام.

م ــ إذا كان الطفل لا يعرف أنه يتلعثم أو يتلجلج في كلامه، فيجب عدم لفت انتباهه لذلك، وإذا كان على وعي بها فلا يجب أن نخدعه بالقول بأن يتكلم بشكل طبيعي.

ن – يجب على المحيطين بالطفل عدم جعله يسرع في حديثه داخل المنزل بصورة مثيرة للمشقة، وألا تجعله يجاهد من أجل الحصول على فرصة للتكلم، ولكن يجب أن ندعه يأخذ دوره في الحديث مثل غيره.

إن مثل هذه الأمور في تعديل كلام الطفل يجعله يسير في نموه اللغوي بصورة سوية (Sommer et al., 2003).

ثانيا: التدخل العلاجي:

١ – العلاج الطبي:

غالبا ما يبدأ علاج اللجلجة بمعالجة نواحي القصور العضوية المؤدية إلى اللجلجة في الكلام، وعلى الرغم من عدم وجود عقار فعال للجلجة فإن الأدوية التي تعطى في حالات اللجلجة التشنجية تحتوي على مهدئات نفسية ومضادات للقلق والانفعالات، وتستخدم لإحداث استرخاء زائد، ولمنع تشنجات الحلق، ومضادات للصرع، ومسكنات ...إلخ، وهي تعطى حسب عمر المصاب وأعراضه، وهي تسمح للمتلجلج بالانطلاق في الكلام دون الرقابة الذاتية – ولكن هذا العلاج له محاذيره حيث قد يؤدي إلى الإدمان.

ومن طرق العلاج الطبية: الطرق والأساليب الإليكترونية والكهربية، التي تؤثر على وظيفة المخ، وهي تساعد الفرد المصاب باللجلجة في التحكم في الطلاقة وقد تساعد في أغلب المواقف المسببة للجلجة في الكلام، وغالبا ما يبتعد عنها الملجلجون (Wu, et al., 1995).

٢ - العلاج النفسي للطفل:

ويستهدف العلاج النفسي للطفل المصاب باللجلجة في الكلام علاج الاضطرابات الانفعالية المرتبطة باللجلجة في الكلام والمشاعر المحبطة والصراعات المكبوتة لتحقيق الاسترخاء وتعديل السلوك الخاص بالكلام.. ويدخل في ذلك ما يلي:

أ - العلاج باللعب:

وهو أحد طرق العلاج النفسي للتعبير الحر عن العواطف والاتجاهات والمشاعر والإحباطات – حيث يتيح للطفل فرصة للتحرر من الرقابة القاسية التي يفرضها المصاب

على نفسه أثناء الكلام أمام الآخرين، وبذلك يتحرر من ملاحظة الآخرين له فينطلق على طبيعته وسجيته دون خوف أو قلق أو خجل أو حرج من كلامه، وبذلك يتعدل أسلوبه في الكلام ويتم تصحيح اللجلجة لديه.

ب ـ العلاج بالتحليل النفسي المختصر:

يفيد التحليل النفسي في الكشف عن الصراعات والصدمات النفسية المكبوتة التي تسبب القلق لدى المصاب باللجلجة، بدليل اختفاء اللجلجة أو التخفيف من حدتها عندما يكون الفرد منفردا، وتزداد عندما يكون أمام جماعة، كما أن المصاب يشعر باللجلجة ويتألم منها ولكنه يسعى لا شعوريا إلى الإبقاء عليها عن طريق العناد وعدم الالتزام بتوصيات المعالج والتغيب عن الجلسات، ومن ثم، فإن التحليل النفسي يساعد على التخفيف من ضغط اللاشعور وتحويل المشاعر المؤلمة والدفينة وإخراجها للمناقشة على السطح ومن ثم تخف حدة اللجلجة في الكلام عند الطفل (فهمي: د.ت).

٣ - العلاج السلوكي:

يستهدف العلاج السلوكي للجلجة الكلام تقليل العوامل التي تقوى اللجلجة إلى أدنى حد. وتعديل النطق، وإزالة الأعراض الثانوية المصاحبة ـ ومن طرق العلاج السلوكي المستخدمة ما يلي:

أ ـ التدريب على الاسترخاء:

انطلاقا من أن اللجلجة عرض لاضطراب انفعالي يسيطر على الفرد يؤدي إلى فقدان اتزانه النفسي وعدم توافق وظائفه العضوية المرتبطة بالكلام ـ لذا: فإن تدريب المصاب باللجلجة على الاسترخاء العضلي سوف يتبعه استرخاء نفسي وعقلي يتبعه الاسترخاء عند الكلام وتلاشي اللجلجة تدريجيا.. وقد استخدم الاسترخاء قبل كل درس من دروس العلاج الكلامي لمساعدة المتلجلج على الكلام بإيجابية.

ب ـ العلاج السلوكي المنفر:

ويعتمد على توليد الكراهية والنفور لدى المصاب من كلامه وصوته المضطرب أثناء اللجلجة، وذلك بتوجيه تنبيه أو تنبيه مؤلم كلما أخطأ في سياق كلامه. وكلما قلت اللجلجة في كلام الطفل المصاب يتم تقديم مكافأة كتعزيز إيجابي.. ومع التكرار يتدرب المصاب على تجنب الكلام الملجلج وزيادة التحكم في كلامه فيحدث انطفاء للجلجة.

ج – العلاج السلوكي بالممارسة السلبية:

حيث يطلب من المصاب تكرار الكلام المتلجلج الذي تظهر فيه اضطرابات النطق والصوت حتى يصل إلى درجة التعب والنفور من التكرار فيشعر بضرورة التجنب من طريقته الكلامية والتخلص منها.

د – العلاج الظلي:

ويهدف إلى صرف انتباه المصاب باللجلجة عن طريقته الكلامية وجذب انتباهه إلى مثير آخر مصاحب (غير كلامه) كحركة يد المعالج، أو النقر بالقلم على الطاولة أثناء الحديث، أو الانشغال بأي شيء آخر أثناء الكلام، أو التركيز على الأفكار والآراء التي يقولها ولا يركز على طريقته في الكلام – ومن ثم تصبح المثيرات المصاحبة للكلام في بؤرة انتباه الشخص المصاب، وكلامه ظلا للمثير الرئيسي، ومن ثم فإنه يتمكن من الكلام بطريقة جيدة دون لجلجة.

٤ – العلاج الكلامي:

يعتمد هذا العلاج على طرق لمساعدة الطفل المصاب باللجلجة على مقاومة عيوبه الكلامية – ومن هذه الطرق ما يلي:

أ – الاسترخاء الكلامي:

ويستهدف التخلص من الاضطراب أثناء الكلام وتكوين ارتباط بين الشعور باليسر أثناء الكلام والباعث الكلامي. ويقوم الاسترخاء الكلامي على إعداد قائمة تمارين أو ألعاب كلامية ذات كلمات تبدأ بالحروف المتحركة، ثم بالحروف الساكنة، ثم تمرينات تتضمن كلمات تصاغ في جمل وعبارات.. وعادة يبدأ المعالج بقراءة الحروف والكلمات والجمل بكل هدوء واسترخاء ويطلب من المصاب تقليده بنفس الطريقة والنغمة، يلي ذلك تمرينات ي شكل أسئلة بسيطة تؤدي على شكل أسلوب هادئ.

ب – تعليم الكلام من جديد:

حيث يتم تشجيع الطفل المصاب على الاشتراك في أشكال مختلفة من المحادثات التي تنسيه مشكلته وكل ما يتصل بها من قريب أو بعيد: كالألغاز والأحاجي، والمناقشات

الجماعية (التي تقوم على اللعب والتسلية والكلام الحر الطليق). وفي هذه المحادثات يتصايح الأطفال ويتدافعون ويصفقون ويطربون للإجابة الصحيحة دون رقابة أو ارتباك.

ج - الكلام الإيقاعي:

ويستخدم لصرف انتباه الطفل المصاب باللجلجة عن مشكلاته وتشجيعه على الكلام بطريقة إيقاعية بالنقر بالأقدام، أو النقر باليد على الطاولة، أو الصفير، أو الخطوات الإيقاعية... إلخ، ومنها طريقة القراءة الجماعية أو الكورس التي تجعل الطفل يندمج مع الآخرين في وضع لا يميزه عنهم.

د - طريقة النطق بالمضغ:

وتقوم على تشجيع الطفل على إجراء حركات المضغ كما لو كان يتناول طعاما، وأن يخرج صوتا أثناء مضغه ويتحدث بطريقة المضغ، وبذلك تهدف هذه الطريقة إلى تحويل انتباه الطفل عن نطقه الخاطئ وتخفيف وطأة الخوف من كلمات معينة - فالطفل يمضغ الكلمات التي يخاف منها ويتهيب نطقها فلا يعود إلى تجزئة مقاطع كلماته بل ينطقها مجتمعة ككل واحد (عبد المعطي: ٢٠٠٣).

٥ - العلاج المعرفي:

يركز العلاج المعرفي على استخدام فنيات معرفية سلوكية لعلاج اللجلجة في الكلام - وذلك على النحو التالي:

أ - الإيحاء:

حيث يتم تشجيع الفرد المصاب باللجلجة، وبث الثقة والتعاون والدافعية للاستمرار في العلاج، ويتم الإيحاء خلال الألعاب الكلامية (التي هي جزء من العلاج الكلامي) وذلك بتوجيه عبارات أو كلمات أثناء استرخاء المريض مثل: "أن حالتك ستتحسن، وضعك في تحسن، لست وحدك الذي يتكلم بهذه الطريقة، بقليل من الجهد تستطيع التخلص من المشكلة ... إلخ". وبذلك يتخلى المصاب باللجلجة عن مخاوفه وقلقه وزيادة الثقة بالنفس والإيمان بقدرته على النطق السليم.

ب – الإقناع:

يتم الإقناع بمناقشة الفرد المصاب باللجلجة لمعرفة صعوبة كلامه وما يتصل به من اضطراب، وهدف المناقشة إقناع الفرد بأنه خال من أي علة عضوية أو وظيفية تعيق كلامه، وأن بإمكانه التغلب على مشكلته بسهولة، وأنه كان حساسا ومبالغا في حجم مشكلته أكثر من اللازم – مما يحرر المصاب باللجلجة من مشكلاته النفسية ويزيد من طمأنينته وأمنه وثقته بنفسه والتخلص من اللجلجة تدريجيا.

ج – الواجبات المنزلية المعرفية:

حيث يعطي المعالج للمصاب باللجلجة واجبات منزلية نشطة يقوم بتنفيذها لمواجهة اللجلجة والتغلب عليها – من ذلك ما يلي:

* عندما يلتصق الكلام بحلقك:

١- خذ وقتك الكافي ولا تكن متهورا.

٢- تكلم أكثر بطئا.

٣- قل ما تريد أن تقوله.

٤- كن صبورا مع نفسك وقل ما تريد.

٥- توقف برهة قبل أن تتكلم.

٦- لا تكن متشائما فتتوقع أن يكون السهل صعبا.

٧- تذكر أن تمتدح نفسك عندما تتكلم بنجاح.

٨- حاول تجربة كل شيء.

٩- لا تكره الكلمات على الخروج مما يجعلها أصعب.

١٠- نم بالقدر الكافي.

١١- كلما كنت أسرع في محاولة الكلام كلما قل نجاحك فيها.

١٢- لا تختزن أو تعبئ دلخلك.

* من المحتمل أن تكون قد جربت بعض هذه الأفكار وأدركت ثمارها.. تذكر أنك لا يمكنك استخدام كل هذه الأفكار في وقت واحد ولكن يمكنك اتخاذ الفكرة التي تصلح معك وحاول تكرارها وتجربتها كثيرا – وإلا جرب فكرة ثانية.

* احترس من الخداع:

قد تحاول تجربة بعض الأشياء التي توقف اللجلجة أو التلعثم والتي قد تفيد عندما تبدأ بها ولكنها لم تعد فعالة – على سبيل المثال:

١- تغيير الكلمات.
٢- تجنب مواقف كلامية معينة.
٣- اتخاذ نفس عميق قبل التكلم.
٤- عدم التواصل البصري مع المستمع لك.
٥- الضرب باليدين أو القدمين.
٦- هز الرأس أو تحريك البدن.
٧- إضافة أصوات أو كلمات.

من الصعب عمل هذه الخدع، وعندما لا تكون مجدية فإنها لا تفيد في الحقيقة وتجعل التواصل أكثر صعوبة، وذلك لأن الناس قد لا يفهمون ما تريد أن تقوله وتكون مضطرا أن تعيد ما قلت مرة ثانية.

٦ - **العلاج البيئي:**

يتضمن العلاج البيئي علاج الوسط الذي يعايشه الطفل المصاب باللجلجة في الكلام، ويشمل ذلك تقديم إرشادات للوالدين والمعلمين الذين يتعاملون من الطفل المتلجلج، وكذا مقدمي الخدمة لعلاج اللجلجة، وذلك لتخفيف حدة اللجلجة لديه ومساعدته على الكلام الطلق –وذلك على النحو التالي:

أ – الإرشاد النفسي للوالدين:

حيث يتم إرشاد الأسرة بصفة عامة والوالدين بصفة خاصة لمساعدتهم على فهم كيف تؤثر سلوكياتهم ومشاعرهم على استمرار اللجلجة عند الطفل، وأن عدم طلاقة الطفل في الكلام تنتج عن قلق الوالدين واهتمامهم المستمر بكلام الطفل ولجلجته. ومن ثم، يهدف إرشاد الوالدين تزويدهما بالمعلومات عن كيفية التفاعل مع الطفل، وخفض الحساسية المرتبطة بلجلجة الطفل.. وقد سبق أن أشرنا إلى بعض الإرشادات التي يوصي بها الوالدين في التدخل المبكر لعلاج لجلجلة الطفل – يضاف إلى ذلك ضرورة:

١- توفير جو آمن يشعر الطفل بالطمأنينة والابتعاد عن التسلط والقسوة.

٢- إعطاء الطفل الثقة في النفس وتشجيعه على الكلام وتعزيزه وعدم إحراجه أمام الآخرين.

٣- البعد عن عقاب الطفل لأن ذلك يؤدي إلى تفاقم المشكلة.

٤- عدم خجل الوالدين من لجلجة طفلهما، بل يجب عليهما مساعدته للتخلص من اللجلجة.

٥- خلق مواقف كلامية مع الوالدين والأخوة والأطفال الآخرين داخل الأسرة (شقير: ٢٠٠١).

ب - إرشادات للمعلمين:

ينبغي تقديم إرشادات للمعلمين لعلاج اللجلجة في الكلام سواء للأطفال الصغار، أو أطفال المدرسة الابتدائية، أو تلاميذ المرحلتين الإعدادية والثانوية المصابين باللجلجة – وذلك على النحو التالي:

بالنسبة لصغار الأطفال:

١- إذا رأت المعلمة أن الطفل قد يتلعثم فمن الأهمية بمكان مناقشة ذلك مع الأسرة والقائمين على رعايته، وإذا اتفق الجميع أن هناك مدعاة للاهتمام فإن الطفل في حاجة للإحالة إلى معالج أو أخصائي تخاطب.

٢- إذا كان الطفل مدركا للمشكلة، فمن الأفضل أن تذكر المعلمة ذلك باهتمام وتراعى مشاعره، وأن تناقش الأمر مع الوالدين – ويمكن أن تقول للطفل: "أن هذه الكلمة صعب عليك أن تقولها – ولكن أحسنت لأنك بذلت مجهودا".

٣- على المعلمة ألا تقول للطفل أنه يتلجلج، ولكن من الأفضل أن تعطيه الوقت الكافي لعلاجها بنفسه - حيث أن ذلك يؤلم الطفل المتلجلج.

٤- أن تكون المعلمة صبورة، كما أن إعطائه الوقت الكافي له فائدة حقيقية.

٥- إذا كان الطفل مدركا للمشكلة ويريد التحدث عنها يمكن للمعلمة أن تساعده للتغلب على مشكلة اللجلجة وكيف يواجهها.

٦- على المعلمة مساعدة الطفل كي يشعر أنه ليس في حاجة إلى التسرع والعجلة، وذلك من التحدث إليه ببطء.

٧- على المعلمة ألا تطلب من الطفل أن يبطئ أو يتخذ نفس عميق، حيث أن الطلب الأول مستحيل، أما الثاني فمن الممكن أن يكون جزء من جهد محاولة الكلام.

٨- ضرورة امتداح الطفل على الأشياء التي يؤديها بنجاح، ولا يركز فقط على كلامه.

٩- يجب عدم طرح مزيد من الأسئلة في وقت واحد، فسؤال واحد يكفي، ويجب إعطائه الوقت الكافي للإجابة.

١٠- لتكن اللغة المستخدمة مع الطفل سهلة فهذا يساعد الطفل ألا يقول الجمل الطويلة والمعقدة – وهي الجمل التي تؤثر على الطلاقة.

<u>بالنسبة لطفل المدرسة الابتدائية:</u>

إن بعض مما سبق تناوله لصغار الأطفال يصلح لطفل المدرسة الابتدائية المصاب باللجلجة يضاف إلى ما سبق:

أ – على المعلم أن يكون مرنا مع المهام الشفاهية التي يطلبها من الطفل. إن الروتينات الكلامية مثل الإجابة عن أي سؤال من الممكن أن تكون كابوسا يوميا للطفل الملجلج – فكل طفل سيرفع يده للإجابة ما عدا الطفل الملجلج – وعلى المعلم الانتباه لذلك ولا يحرج الطفل للإجابة.

ب – تعتبر القراءة المتزامنة أداة فعالة، وعادة ما تؤدي إلى أن يقوم الطفل بالقراءة بطلاقة (حيث يقوم كل من الطفل والمعلم بالقراءة متلازمين مما يجعل الطفل يحول انتباهه لأصوات كلامه إلى صوت المعلم أثناء القراءة).

ج – إن العجلة في اتخاذ دور القراءة بصوت مرتفع له صعوبة خاصة – حيث أن هناك وقت للقلق كي ينمو عندما يكون هناك روتين ثابت.

د – الاختبار العشوائي أو اتخاذ دور مبكر مفيد جدا، وللمرة الثانية فإن التحدث إلى الطفل والمناقشة معه سياسة جيدة. (Neumann, et al., 2003).

هـ - عدم نصح الطفل بأن يأخذ نفس عميق أو أن يبطئ عند حديثه، لأن ذلك لا يصلح إلا لدقائق معدودة.

و – على المعلم ألا ينهي الجمل للطفل – حيث أن ذلك من الممكن أن يزيد من القلق والتوتر.

ز – على المعلم أن يقلل المرات التي يضغط فيها على الطفل كي يتحدث بسرعة.

ح – يجب أن يتعامل المعلم مع المواقف التي تضايقه فورا – حيث أن ذلك يجعل حالة المتلجلج أسوأ.

تلميذ المرحلتين الإعدادية والثانوية المتلجلج:

على المعلم الذي يقوم بالتدريس في المرحلتين الإعدادية والثانوية الذي يواجه بعض التلاميذ ذوي اللجلجة في الكلام مراعاة ما يلي لعلاج لجلجة مثل هؤلاء التلاميذ:

أ – أن يرتب المعلم جلسة مع التلميذ الملجلج لمعرفة المشكلة ومناقشة الأساليب البديلة التي تكون مفيدة لخفض الضغوط التي تصيبه في المناقشات والامتحانات.

ب – على المعلم أن يكون مرنا في المهام والاختبارات الشفوية، وأن يوجد بدائل لذلك، وأن يقدم المهمة في وقت محدد.

ج – يجب إحالة تلميذه المتلجلج إلى معالج لغة وكلام أو أخصائي تخاطب إذا دعت الضرورة لذلك.

د – يجب إعطاء التلميذ الفرصة والوقت اللازم للتحدث وإنهاء كلامه.

هـ - على المعلم ألا يسرع في حديثه مع التلميذ الملجلج، ولكن يجب أن يتحدث بطريقة هادئة.

و – أن يقاوم محاولة تخمين الكلمة التي يتلجلج فيها التلميذ أو أن يحاول إنهاء الجملة له.

ز – أخيرا: يجب على المعلم الاستماع إلى ما يقوله تلميذه وليس إلى الكيفية التي يقول بها.

الفصل الثامن

الأفيزيا – احتباس الكلام

- مقدمة.
- تعريف الأفيزيا.
- الملامح الإكلينيكية للأفيزيا.
- أسباب الإصابة بالأفيزيا.
- تقييم وتشخيص الأفيزيا.
- علاج الأفيزيا.

الفصل الثامن

الافيزيا – احتباس الكلام

مقدمـــة:

اللغـة وسـيلة الإنسـان للتعبيـر عن حاجاتـه ورغباته وأحاسيسـه الداخلـية ومشـاعره وانفعالاتـه ومواقفـه، ويعرض تجاربـه وظروفه ودوافعه وأغراضـه وما يـريد الحصـول عليه من البيئة المحيطة به. وما يود إبرازه من حقائق ومفاهيم ومدركات. وغالبا ما يركز المتكلم كلامـه حول ما يعنيه هو نفسه فتكون انفعالات المتكلم ودوافعه وأغراضـه هي موضوعه الحديث، وتكون الكلمات معبرة عن مضامينها فتكون انفعالات المتكلم ودوافعه وأغراضـه هـي موضـوع الحديـث، وتكـون الكلمـات معـبرة عـن مضـامينها المـتعلقة بالانفعـالات أو الأوامر أو النواهي، وتصبح اللغة بذلك هي طريقة الإنسان إلى تصريف شئون حياته وإرضـاء غريزة الاجتماع عنده (المعتوق: ١٩٩٦). ولكن إذا تعطلت قدرة الإنسان على استخدام اللغة، فإن ذلك يصيبه بإعاقة لغوية نتيجة لفقدان القدرة على التعبير اللفظي والتواصل مع الآخرين مما يطلق عليه احتباس الكلام.

تعريف الأفيزيا:

كلمـة أفيزيا Aphasia مصطلح يونانـي مكون من مقطعين: الأول هو "A" ويعني عدم أو خلو، والمقطع الثانــي: هو "Phasis" ويعني كلام speech – أي انعدام الكلام، ومن ثم: فإن كلمة أفيزيا تترجم للعربية باحتباس الكلام.

- ويشير مصـطلح Dysphasia إلى اضطراب الوظيفة الكلامية أو عسر الكلام.
- في حين إذا امتنعت وظيفة الكلام تماما كنا بصدد الأفيزيا.

وقد كان للأفيزيا قديما عـــدة تسميـــات منها: Dyslalia, Alalia، كما تم استخدام مصـطلح بارافيزيا Paraphasia للدلالـة علـى اضـطراب الـنطق اللفظـي أو مـا يسـميه الـبعض بفوضـوية اللغـة – غـير أن العـالم تروسـوا Trousseau (١٨٦٤) هـو أول مـن أعطاها تسمية "أفيزيا" لتمييزها عن الاضطرابات اللغوية المشابهة (الزراد: ١٩٩٠).

وعلى ذلك تعرف الأفيزيا بأنها:

"اضطراب لغوي يتميز بفقدان اللغة والكلام عند الصغار والكبار، فهي ليست مجرد انعدام القدرة على النطق أو إخراج الصوت ولكنها أيضا تعطل في الوظيفة الكلامية من حيث قدرة الفرد على الإدراك الصوتي والتعبير بالرموز سمعا أو بصرا أو كتابة أو نطقا أو غير ذلك حتى لو كانت الحواس وعضلات النطق سليمة".

وعلى ذلك: فإن الأفيزيا تتضمن مجموعة من العيوب اللغوية منها:

- فقدان القدرة على التعبير بالكلام أو الكتابة.
- عدم القدرة على فهم معنى الكلمات المنطوق بها.
- عدم القدرة على إيجاد التسميات لبعض الأشياء والمرئيات.
- عدم القدرة على مراعاة القواعد النحوية التي تستعمل في الحديث أو الكتابة.

وفي كل هذه الأعراض يتصل مصدر العلة بالجهاز العصبي المركزي، وتختلف الأعراض من مصاب إلى آخر باختلاف موضع الإصابة في هذا الجهاز (فهمي: د.ت).

كما تعرف الأفيزيا بأنها: "فقدان كلي أو جزئي في اللغة الاستقبالية أو التعبيرية أو كليهما، نتيجة لإصابة عضوية في المراكز الدماغية المسئولة عن اللغة، وعادة ما تكون هذه الإصابة ناتجة إما عن حوادث أو نزيف، وجلطة دموية في الدماغ..

"وما يهمنا هو: الجانب التعبيري للغة الذي يشمل قدرة الفرد على التعبير اللفظي والتواصل مع الآخرين". أن الفشل في التعبير اللفظي – في حالة فقدان النطق بشكل كلي، أو ضعف في التعبير اللفظي يكون ناتجا عن عوامل عضوية – هو المقصود بالأفيزيا (القريوني، السرطاوي، الصامدي: ١٩٩٨).

الملامح الإكلينيكية للأفيزيا

قام كل من بروكا Broca، وفيرنيكه Wernicke، وبيير ماري Pierre Marie، وهنري هيد H. Hed، جاكسون Jakson، فون موناكوف V. Monakov، جولدشتين Goldstein، ورسل برين R. Birain، وكرتشلي Krachly... وغيرهم بإجراء ابحاث ودراسات تشريحية دماغية فتبين أن الأفيزيا تختلف من فرد إلى اخر باختلاف موضع الإصابة بالدماغ – ومن ثم تبين وجود أنواع مختلفة من الأفيزيا – هي:

١ - **الأفيزيا الحركية Motor Aphasia**

يرجع الفضل في اكتشاف هذا النوع من الأفيزيا إلى الجراح الفرنسي الشهير "فول بروكا" في القرن التاسع عشر.. وقد أطلق عليه "الأفيزيا الحركية" بسبب العجز عن الحركة الإرادية لأعضاء الكلام على الرغم من عدم وجود شلل في هذه الأعضاء، ولكن توجد إصابة في التلفيف الثالث من المخ في المنطقة (٤٤) من خارطة برودمان والتي تقع في المنطقة الجبهية أو للفصوص الجبهية Frontal: والمعروف أن هذه المنطقة هي المسئولة عن الحركة (السلوك) وعن تنشيطها وعملها - ولهذا فإنها تكون مسئولة عن مخرجات اللغة أي عن الكلام والسلوك اللغوي. ومن ثم قد تسمى أحيانا الأفيزيا اللفظية أو الشفوية Verbal aphasia لفقدان القدرة على التعبير الحركي الكلامي (الرشيدي وآخرون: ٢٠٠٠).

والمصابون بهذا الاضطراب يتسمون بالخصائص التالية:

١- القدرة على إدراك الكلام المسموع أو المقروء، مع العجز عن الكلام والتعبير عما يريد.

٢- عدم القدرة على أداء حركات الكلام أو الكلام بصوت مسموع.

٣- عدم القدرة على القراءة بصوت مسموع أو إعادة الكلمات المسموعة.

٤- عدم القدرة على الكلام بالرغم من وجود الكلمة في فكر المريض.

٥- في بعض الحالات: يتمكن المريض من التعبير بنطق بعض الكلمات مثل: "نعم" - "لا"، وقد يكرر لفظ واحد مهما تنوعت الأحاديث معه أو الأسئلة الموجهة إليه، وقد يتمتم ببعض الألفاظ غير المألوفة أو المفهومة بقصد السباب أو العدوان.

٦- لا يفقد المريض القدرة على فهم مدلول الكلمات المنطوقة أو المكتوبة.

٧- قد يستطيع المريض فهم ما يقرأه كما يستطيع البرهنة على إدراكه ما يدور حوله من أحاديث إما بالكتابة أو تنفيذ الأوامر التي تطلب منه، ولكن يعجز عن الكلام أو التعبير الحركي بالألفاظ.

٨- قد يكرر المريض باستمرار الكلمات القليلة والبسيطة التي بقى قادرا على نطقها كما لو كان مجبرا على ذلك.

٩- يدرك المريض عجزه ويفهم أخطاءه، ويميل إلى عدم المشاركة مع الآخرين في المحادثة. وإلى الهدوء والإذعان والافتقار إلى التعبيرات الوجهية وفي الشكل واللامبالاه.

١٠- في دور الشفاه: يتمكن المريض من الكلام البسيط بصوت شبه مسموع، مع ضعف النطق واللهجة وطلاقة الكلام، أو الضغط على بعض المقاطع أو الإسراع في البعض الآخر، أو خطأ في وضع الكلمات داخل جملة متسلسلة، أو خطأ في تنغيم الجملة وأدائها مما يفقد الكلام روح التعبير ويضعف إمكانية التواصل مع الآخرين (الزراد: ١٩٩٠).

٢ – الأفيزيا الحسية Sansory Aphasia

يطلق على هذا النوع من الأفيزيا: "أفيزيا فيرنيكه" Wernicke's aphasia نسبة إلى عالم الأعصاب الألماني "كارل فيرنيكه" الذي توصل إلى افتراض مركز سمعي كلامي يوجد في الفص الصدغي الجداري من الدماغ في المنطقة رقم (٢٢) في خارطة برودمان (خلف شق سلفيوس) وهي المنطقة المتعلقة بوظائف استقبال وتحليل المنبهات من العالم الخارجي. ولذا: تؤدي إصابة هذه المنطقة إلى إحداث صعوبة أو اضطراب في الجانب المتعلق بمدخلات أو منبهات اللغة – أي في فهم الكلام واللغة، وما يتضمنه ذلك من اضطراب في القراءة، وفي دلالات اللغة، مع عدم فهم كلام الشخص من الآخرين (الرشيدي وآخرون: ٢٠٠٠).

ويندرج تحت الأفيزيا الحسية أشكال عديدة – منها:

أ – الصمم اللفظي word deafness

وهي حالة تفقد فيها الألفاظ معناها بالنسبة للمستمع لها، لذا: يطلق عليها الحبسة الاستقبالية، حيث يفقد المريض القدرة على تمييز الأصوات المسموعة وإعطائها دلالتها اللغوية على الرغم من سلامة حاسة السمع لديه – فهو يسمع الحروف كأصوات إلا أنه يتعذر عليه ترجمة دلالة الصوت: فالاضطراب لا يتصل بالقدرة السمعية، بل بالقدرة

الإدراكية السمعيـــة audibory imperception (عبد القوي: ١٩٩٥).. ومن العلامات الدالة على ذلك:

١- اضطراب في قدرة المصاب على ترديد الكلمات المألوفة المسموعة، والكلمات التي يمكن ترديدها هي الكلمات القصيرة.

٢- يتعذر على المصاب ترديد الحروف التي يسمعها فيقوم باستبدال الحروف بحروف أخرى تغير من معاني الكلمات، ويظهر الاستبدال في الحروف الساكنة (كأن يبدل حرف الباء بالفاء)، كما يظهر في الحروف الحلقية (كأن يبدل الجيم حاء).. ومن ثم يظهر الكلام الذي يصدر منه غامضا أو رطانة غير مفهومة.

٣- إذا كتب للطفل المصاب كلمة وطلب منه قراءتها فإنه يقرأها صحيحة، في حين إذا نطقت له الكلمة فإنه لا يدرك معناها (فالعيب يتصل بالإدراك السمعي وليس بالإدراك البصري).

٤- يستعمل المصاب الكلمات في غير مواضعها، أو يستعمل كلمات غريبة لا معنى لها ولا صلة لها باللغة – وهذا ما يطلق عليه للبارافيزيا Paraphasia – ويرجع ذلك إلى أنه يتعلم نماذج كلامية خاطئة بسبب الخلل في المراكز السمعية الكلامية منذ الميلاد.

٥- الكلمات التي ينطق بها المصاب لا تناسب ما يسأل عنه، وقد تظهر عناصر الكلام كأنها ليست مألوفة أو مفهومة، أو كأنها كلمات جديدة، ولا يفهمه سوى الأشخاص المتصلين به اتصالا مباشرا كالأم والأخوة، بينما يتعذر على الغرباء متابعة كلامه.

٦- يستطيع المصاب تنفيذ بعض الأوامر البسيطة دون المعقدة.

٧- يكثر من استخدام الإشارات.

٨- يستعمل كلمة مكان أخرى أو كلمة تعادل أخرى من حيث اللحن (الزراد: ١٩٩٠، فهمي: د.ت، عبد القوي: ١٩٩٥).

ب – العمى اللفظي Word blindness:

ويظهر في عجز المريض عن إدراك الرموز visual asymbolia – أي عدم قدرته على فهم الكلام المكتوب أو التعرف على الصور أو الأشكال المرسومة أو تسمية الألوان، أو مدلولات إشارات المرور. وهذه الحالة هي ما تسمى بعجز القراءة Alexia. وفي هذه الحالة غالبا ما توجد إصابة قفوية في الدماغ تؤثر في القشرة البصرية تؤدي إلى قطع الاتصال بين المناطق البصرية ونصفي كرة المخ.

ومن خصائص حالة العمى اللفظي أو عجز القراءة – ما يلي:

١- صعوبة قراءة المريض الكلمات وعدم إمكانية التعرف على الحروف فلا يستطيع القراءة: إذ ينظر إلى الكتابة وكأنها طلاسم غريبة (خاصة الأفراد الذين اكتسبوا القدرة على القراءة قبل الإصابة).

٢- لا يستطيع المريض الاستجابة للأوامر المكتوبة في حين يستطيع الاستجابة للأوامر الشفوية ويفهمها ويقوم بتنفيذها.

٣- إذا طلب من المريض القراءة فإنه يقوم بقراءة الكلمات المكتوبة أو المطبوعة بصعوبة بالغة، وتكون قراءته مشوهة وغير صحيحة.

٤- إذا قرأ المريض قراءة جهرية فإنه يبدل الحروف خاصة الحروف المتقاربة (مدرسة/ دمرسه – خرج/ حرج – شارع/سارع). وقد يقلب الحروف (كتب/تكب – كلب/كبل – كلم/لكم – شمس/سمش). وكثيرا ما يكون الإبدال جزئيا (أي قاصرا على حروف خاصة، وقد يكون شاملا لعدد كبير من الحروف.

٥- إذا طلب من المصاب تقليد الكلمات التي قرأها خطأ في قراءته الجهرية فإنه يستطيع تقليدها تقليدا صحيحا مما يدل على أن الخلل متصل بالمراكز البصرية للكلمات (الزراد: ١٩٩٠، فهمي: د.ت).

ج – أفيزيا المعنى Semantic aphasia

وتسمى الأفيزيا الفهمية لأن العلة فيها تتصل بالقدرة على فهم الكلمات المنطوق بها، وقد يكون عدم الفهم كليا أو جزئيا – فالمصاب يستطيع أن يدرك المعاني الجزئية كما ترد

في العبارات التي يقرأها أو يسمعها إلا أنه يتعذر عليه إدراك المعنى العام. ومن خصائص هذا الشكل من الأفيزيا الحسية ما يلي:

١- عندما يطلب من المريض القراءة في كتاب أو جريدة فإنه يقرأ كل كلمة على حدة ويفهمها، ولكنه يعجز عن فهم السياق العام للجملة أو القطعة التي يقرأها.

٢- فقدان القدرة على فهم الكلام المسموع وتمييز دلالاته المعنوية: فهو يسمع الكلمات كفنون: ولكنه يصعب عليه ترجمة مفهوم الصوت الحادث.. فإذا استمع المصاب إلى موضوع معين فإنه يعجز عن الوصول إلى النتيجة المنطقية لكل ما يقدم من أفكار.

٣- يجد للمصاب صعوبة في الكتابة على نحو سليم: فهو يكتب كلمات ومفردات واضحة ولكنها لا تعطي في النهاية أي معنى مكتمل.

٤- يفشل المصاب في التمييز بين الكلمات والجمل من حيث المعاني: فيجد صعوبة في إتباع للتعليمات التي توجه إليه، وفي تعلم معنى لأجزاء معينة من الكلام مثل الصفات أو حروف الجر، كما يعجز عن تعلم المعاني المختلفة للكلمة الواحدة.

د ـ العجـز النحوي Syneactic aphasia

وهو نوع من الأفازيا تظهر الصعوبة فيه في عدم القدرة على صياغة الكلام في صورة لغوية حسب القواعد النحوية، وهو ما يطلق عليه مسميات عديدة Agrammaphasia-Dysgrammatism, Paragrammatism، وهي تأخذ أحد شكلين:

الأول: أخطاء تتصل بقواعد اللغة.

والثاني: الأسلوب من حيث وضع الألفاظ في أماكنها الصحيحة.

فالمصاب هنا لا يراعي القواعد النحوية أو قواعد الأسلوب التي تستعمل بالكتابة أو بالحديث (فهمي: د.ت).

هـ - أفيزيا الصدى:

وهي شكل آخر من أشكال الأفيزيا الحسية يعلق عليه المصاداه echolalia ويكثر هذا الشكل في حالات الفصام دون أن ينتج عن إصابة مخية في مراكز الكلام – ويظهر ذلك على النحو التالي:

١- يقوم المريض بترديد ما يسمعه من ألفاظ كالبيغاء كما لو كان صدى صوت (فإذا سئل: ما اسمك؟ يردد كلمة "ما اسمك؟" دون ذكر اسمه).

٢- إذا سئل سؤالاً: فبدلا من الإجابة عنه يكرر النطق بالسؤال بنفس النغمة التي سمعها وتكون الإجابة مجرد صدى للسؤال (عبد القوي: ١٩٩٥).

٣ – الأفيزيا الكلية Total or wholistic aphasia :

أثبتت الأبحاث في العيادات النفسية أن هناك من المرضى من يشكو احتباسا في كلامه (أفيزيا حركية) واضطرابا في قدرته على فهم مدلول الكلمات المنطوقة أو المكتوبة (أفيزيا حسية). وتحدث الأفيزيا الكلية عن إصابة الألياف الترابطية التي تربط بين منطقة بروكا ومنطقة فيرنيكه مما يؤدي إلى اضطراب عمليتي التعبير والفهم.. وأهم ما يميز الأفيزيا الكلية ما يلي:

١- اختلاط الإدراك الكلامي أو الرمزي باضطراب للفكر والتعبير.

٢- اختلال قدرة المريض على الاستقبال السمعي وعلى التعبير الكلامي دون أن يكون هناك أي إصابة في أعضاء الحس أو في العضلات المطلوبة للتعبير.

٣- لا يستطيع مريض الأفازيا الكلية القراءة أو الكتابة، ولا يفهم من كلام الآخرين إلا بضع كلمات.

٤- عادة ما يصاحب الأفازيا الكلية شلل نصفي أيمن وبحالى عمى نصفي، أو شلل في الجانب الأيسر للمريض الأعسر.

٥- تختلف حالة الوعي بين الصحو التام ونصف السبات.

٦- يمكن للمريض المشاركة في حركات التحتية، ويبدي الاهتمام والخجل، ويتفادى الأشياء التي توخزه أو تقرصه.

٧- بمرور الزمن يتحسن فهم المصاب للكلام الملفوظ، كما يتمكن من نطق بعض الكلمات، ويكون التحسن أكبر إذا كان السبب اضطرابا أيضيا عابرا أو حالة صرع أو نقص الصوديوم.

٤ - الأفازيا النسيانية Amnestic aphasia :

يكون المصاب غير قادر على تسمية الأشياء والمرئيات التي تقع في مجاله الإدراكي ولذلك يطلق عليها "حبسة النسيان وعدم تذكر الأسماء" Nominal aphasia. وترجع إلى إصابة دماغية في الفص الصدغي في المنطقة تحت القشرية بحيث يحدث انقطاع الاتصالات بين منطقة الكلام الحسية والمناطق المختصة بالتعلم والذاكرة. ومن مظاهر الأفازيا النسيانية ما يلي:

١- عدم قدرة المريض على تذكر أسماء الأشياء أو المواقف أو الصفات أو العلاقات. ويضطر إلى التوقف من الكلام ليجد الكلمات المناسبة أو استبدال كلمة بأخرى.

٢- في الحالات الخفيفة قد يعرف المريض أسماء بعض الأشياء شائعة الاستعمال ولكنه يعجز عن تسمية الأشياء الأقل شيوعا.

٣- غالبا ما يعجز المريض عن تسمية الأشياء بأسمائها مع أنه يكون مدركا لوظيفة الشيء أو استخداماته واستعمالاته.

- فإذا عرض على الطفل "ساعة" وسئل عن اسمها يفشل في ذلك. في حين إذا سئل هل هذه: قلم – ساعة – عصا، يشير إلى كلمة ساعة.
- وإذا عرض عليه "قلم" يشير بحركات الكتابة.

٤- في أغلب الأحيان يكون المريض قادرا على النطق والكلام بشكل سليم خال من الأخطاء اللغوية أو التلعثم.

٥- يدرك المريض الصعوبة التي يعانيها، وغالبا ما يبرر عجزه بالأعذار.

٦- تعد الأفازيا النسيانية أحد أعراض مرض الزهايمر أو ذهان الشيخوخة.

٥ - **فقدان القدرة على التعبير بالكتابة Agraphia**

عادة ما يكون فقدان القدرة على التعبير بالكتابة رغم قدرة المريض على نسخ الحروف، وفي بعض الحالات يكون المريض فاهما للكلمات المسموعة بشكل جيد وبإمكانه النطق بهذه الكلمات، ولكن إذا طلب منه كتابتها فإنه يكتبها بشكل خاطئ.. وتختلف فقدان القدرة على التعبير الكتابي باختلاف موضع الإصابة في المخ:

- فقد ترجع العلة إلى إصابة أو تلف في مركز حركة اليدين الموجود في التلفيف الجبهي الثاني بالدماغ – ومن ثم: قد تصاب اليد اليمنى بالشلل، وعلى الرغم من أن اليد اليسرى تكون سليمة إلا أن المريض يفشل في استخدامها في الكتابة ردا على الأسئلة أو لطلب حاجاته.
- وقد تكون الإصابة في الفص الجداري من المخ – فيحدث خطأ وتشويه في الكتابة فهي فقدان جزئي للقدرة الكتابية Partial dysgraphia – وتمتاز بالخصائص التالية:

أ – عدم التنظيم عند التعبير بالكتابة على الورق لدرجة أنه يخيل لمن يشاهد الكتابة أن صاحبها قد كتبها و عيناه مغلقتان.

ب – يظهر تشوه الكتابة في ميل الأسطر إلى أسفل، أو ترك هوامش واسعة أو غير مناسبة على جانبي الصفحة، كثرة الأخطاء الإعلانية، كتابة الحروف بطريقة مشوهة، حذف حروف وكلمات أثناء الكتابة، بطء الكتابة وكثرة الشطب وإعادة كتابة الكلمات أو مقاطع منها (فهمي: د.ت).

أسباب الإصابة بالأفيزيا

توجد أسباب عديدة للإصابة بالأفيزيا.. وعلى الرغم من أن الإصابات الدماغية هي أهم أسباب الإصابة بالأفيزيا، فقد أورد الباحثون بعض العوامل التي ترتبط بالعوامل الجينية و الكيميائية الحيوية، بالإضافة للعوامل البيئية.

١ – **الإصابات الدماغية:**

إن التلف الدماغي هو أكثر العوامل المؤدية للإصابة بالأفيزيا:

١- ففي الأفازيا الحركية: ثبت من تشريح جثث الأفراد المصابين بها وجود إصابة في التلفيف الثالث من المخ بالمنطقة الجهينة.

٢- وفي الأفازيا الحسية: تقترب الإصابة القشرية (الوعائية) من المناطق السمعية في الفص الصدغي الجداري من الدماغ.

٣- كما تتميز أفيزيا العمى اللفظي بوجود دليل على اضطراب المراكز العصبية البصرية للكلام دون المراكز العصبية السمعية. ففي هذه الحالات تتصاحب بإصابة قفوية في الدماغ حيث ينقطع الاتصال بين المناطق البصرية ونصفي كرة المخ.

٤- وفي الأفازيا النسيانية توجد إصابة دماغية تقع في الفص الصدغي، وغالبا ما تكون هذه الإصابة عميقة (تحت قشرية) حيث تحدث في مكان يقطع الاتصالات بين منطقة الكلام الحسية والمناطق المختصة بالتعلم والذاكرة (منطقة تلفيف حصان البحر وما حوله بالدماغ).

٥- وفي الأفازيا الكلية: تحدث إصابة دماغية تنتشر في جزء كبير من مناطق الكلام في نصف الكرة المخية المسيطر تحدث بسبب جلطات دموية أو التهابات أو أورام في مناطق دون أخرى بالدماغ.

هذا – وتحدث الإصابات الدماغية في أي منطقة من المناطق المذكورة آنفا نتيجة لأي سبب من الأسباب التالية:

أ – الإصابة بجلطة دموية: يتسبب عنها انسداد الشرايين والأوعية الدموية المغذية للمخ وللألياف العصبية الواردة من المراكز العليا للحركة بالفص الجبهي والمتجه نحو الذراع والساق والأطراف وأعضاء النطق، وللمناطق السمعية بالفص الجداري أو المناطق البصرية بالفص القفوي مما يؤدي إلى تعطيل أداء وظائفها بكفاءة.

ب – الإصابة بنزف مخي في الشريان اللحائي بسبب فرط توتر الشريان، فينتج عن النزف حرمان المنطقة المصابة من إمدادها الدموي – كما ينتج عنه سيلان الدماء في المخ فيحدث تورم أو ضغط على بعض الألياف، والأنسجة أو الخلايا المسئولة

عن الإحساس أو الحركة مما يعطل وظائفها. وغالبا ما ينتج النزيف المخي بسبب الحوادث والإصابات في الدماغ، وقد تحدث بسبب الولادة العسرة أو باستخدام الآلات، وقد تحدث الإصابة للأم أثناء الحمل مما يؤثر على الجنين قبل ولادته.

ج – الأورام المخية: كأن تكون الإصابة كتلة: كالخراج والورم في الفص الجبهي، أو الخراجة الأذنية المنشأ، أو الأورام الدموية تحت الطبقة الجافية، أو التهاب بالدماغ والتهاب السحايا أو بسبب الحصبة الألمانية وغيرها، وكلها تؤثر على الخلايا العصبية المؤثرة على الإحساس والحركة والنطق والكلام.

٢ – العوامل الجينية:

فقد تلعب الوراثة دورا في الإصابة بالأفيزيا، فقد أشارت نتائج كثير من الدراسات وجود جذور بالأسرة وإصابة بالأفيزيا لأكثر من فرد في العائلة – مما يدل على أثر الوراثة في حدوثها.

ولا يمكن الحديث عن الأفيزيا لدى الطفل إلا بعد عمر الخامسة، فمعظم حالات الأفيزيا الوراثية تكون من نوع الأفيزيا الاستقبالية والصمم الكلامي الوراثي، وهذه الحالات يصعب تمييزها عن حالات الأطفال الصم المعاقين سمعيا. وترجع معظم حالات الوراثية إلى عوامل لها علاقة بالتفاعل الكروموسومي المباشر أو عوامل قبل ولادية.

٣ – العوامل الكيميائية الحيوية:

قد تنتج الأفيزيا من خلل وعدم توازن غير معروف في النواحي الكيميائية الحيوية للمخ.

٤ – العوامل البيئية:

فالحرمان البيئي والتغذية من العوامل الهامة المؤثرة في حدوث الأفيزيا:

- فالبيئة غير الملائمة، وكذلك سوء التغذية الشديد في المراحل المبكرة من العمر قد تكون ضمن أسباب إصابة الدماغ (الجهاز العصبي).

- كذلك: فإن الحرمان من الأمن ومن البيئة المواتية، والحرمان المبكر من الأم، أو الاضطراب الشديد بالأسرة قد يساعد على إعاقة النمو مما قد يؤثر على الجهاز العصبي.
- كما أن الاكتساب المبكر للغة التعبيرية بالكلام أو الإشارات أو الإيماءات والتواصل بالعينين.. وغيرها قد يرتبط ببعض السلوكيات الخاصة بالطفل المصاب بالأفيزيا.

٥ ـ شخصية المصاب:

فاضطراب الأفيزيا ليس مشكلة عضوية بحتة وإنما يكون انعكاسا لشخصية المريض، ونتيجة لظروف وصدمات نفسية قاسية مر بها قبل الإصابة.. كما أن شخصية المصاب تتأثر بالإصابة بالأفيزيا فغالبا ما تضطرب معنوياته، وينطوي على عالمه الخاص، وغالبا ما يكون سريع الغضب والإثارة، والإحساس بالنقص وعدم الأمن والطمأنينة، وهو يعاني من عدم القدرة على الاتصال والتوافق ـ وهذا يختلف حسب تجارب المريض وقدراته العقلية ومحصوله اللغوي قبل الإصابة (الزراد: ١٩٩٠).

تقييم وتشخيص الأفيزيا

عندما يوجد شك في أن طفلا ما يعاني من الأفيزيا فإن التقييم التشخيصي للحالة يتضمن استخدام أساليب موضوعية وذاتية تبدأ بالوالدين والمعلمين مرورا بالأطباء والأخصائيين في مراكز خاصة، لتقييم مهارات الطفل في استيعاب الألفاظ والكلمات واستخدامها، والتراكيب اللغوية، والاستخدام الكلي للغة في مواقف التواصل مع الآخرين.. وتسير عملية تقييم وتشخيص الأفيزيا في مراحل متتابعة:

المرحلة الأولى: التعرف والكشف المبكر

أول من يتعرف على إصابة الطفل بالأفيزيا أو الحبسة اللغوية هم الآباء والمعلمون، الذين يلاحظون الطفل خاصة عند استقبال الطفل للغة وزمن ظهورها والتعبير بواسطتها، ومدى قدرة الطفل على الإدراك الصوتي للكلمات، أو التعبير بالرموز اللغوية سمعا أو بصرا، أو نطقا، أو كتابة، وإيجاد تسميات للأشياء، ومراعاة تراكيب، وفهم المسموع أو

المقروء، وإيجاد المعاني، تقييم المظاهر الحركية للكلام لدى الطفل (النطق، النغمة)، وصياغة الكلام – وعادة يوحي العجز عن الكلام بالأفيزيا الحركية.

المرحلة الثانية: مرحلة الفحص الطبي

قد يشك الآباء أو المعلمين في إصابة الطفل بالصمم أو العمى، وأن الاضطراب اللغوي لدى الطفل ناتج عنها، ومن ثم: يتم تحويل الطفل للفحص الطبي الفسيولوجي لمعرفة مدى سلامة الأجهزة العضوية ذات العلاقة بالنطق، والكلام ومنها قياس السمع والإبصار، كما يتم الفحص العصبي وإجراء الأشعات على دماغ المريض (بأنواعها المختلفة) للتعرف على مواضع الإصابة المخية إن وجدت، والفحوص الحسية والإدراكية والحركية.

المرحلة الثالثة: مرحلة اختبار القدرات اللغوية

وهي مرحلة هامة في التشخيص وقد تتوازى مع مرحلة الفحص الطبي – وهذا يستلزم تدخل كل من أخصائي النطق والكلام والأخصائي النفسي.. وفي هذه المرحلة ينبغي تطبيق عدد من الاختبارات للكشف عن طبيعة اللغة عند الطفل – ومنها:

١- اختبارات اللفظ: لتسجيل لفظ أو نطق الطفل لأصوات الحروف والكلمات لتحديد عدد الأصوات التي لا يستطيع النطق بها بشكل صحيح.

٢- اختبارات السمع: ومنها اختبارات التمييز السمعي والإدراك السمعي، للتعرف على مدى قدرة الطفل على التمييز بين أصوات الحروف أو الكلمات.

٣- اختبارات لغوية: لتقييم مدى فهم وإنتاج مكونات اللغة الأساسية.. ويمكن الاعتماد على عينات لغوية تصدر عن الطفل، واختبار سلامة الأجهزة الاستقبالية وتحديد كفاءة الاستجابة: كاختبار النسخ عن منبه مرئي، أو تزويد منبه سمعي بصوت عال، أو ملاءمة منبهين مختلفون لمسمى واحد مثل كلمة "بقرة" مع صورة "البقرة"، التسمية اللفظية والتسمية المكتوبة، والمماثلة بين المنبه السمعي والمنبه البصري.

٤- اختبارات الفهم: كأن يطلب من الطفل تعيين عدة أشياء من البيئة مثل: أين يوجد الباب؟ الحائط، السقف...، أو يطلب منه القيام بأعمال لكل عمل معناه، أو أعطني (كذا).

٥- الكشف عن خصائص الكلام: كسرعة اللفظ، الثروة اللغوية، دقة اختيار الكلمات، وقد يطلب من الطفل تعريف بعض الأشياء أو بعض الكلمات، مدى وجود تفكك لغوي.

٦- اختبارات القراءة والكتابة والهجاء (لمن وصلوا إلى العمر الذي يتمكنون فيه من القراءة والكتابة)، للتعرف على أي اضطرابات تصاحب القراءة والكتابة أو أي خلل فيها. حيث يطلب من المريض قراءة نص بصوت مرتفع مع سؤاله عن تفسير النص شفويا، وكتابة – التعبير الكتابي، الكتابة الإملائية... إلخ.

٧- الملاحظات السلوكية التي يقوم بها الأخصائي أو تسجيل السلوك اللفظي للطفل في المواقف الاجتماعية، وملاحظة شخصية المصاب والكلام العفوي مع الأسرة والأصدقاء، وملاحظة الجانب النفسي للمريض... إلخ.

المرحلة الرابعة: مرحلة تشخيص الأفيزيا

من خلال فحص القدرات السيكولغوية، واللغة الاستقبالية والتعبيرية ومدى فهم الرموز اللغوية والفحوص العضوية، يتمكن الأخصائيون من الحكم عن مدى وجود الأفيزيا من عدمه، وإن وجدت يتم تحديد نوع الأفيزيا التي يعاني منها الطفل – ومن ثم تصبح الخطوة التالية هي علاج الأفيزيا.

علاج الأفيزيا

نظرا لاختلاف حالات الأفيزيا واختلاف أعراضها وأسبابها من فرد لآخر فإنه لا توجد طريقة علاجية واحدة أو محددة، لكنه في جميع الحالات يجب التدخل الطبي، والتدخل بالتدريب الكلامي، والتدخل بالعلاج النفسي والبيئي.

١ – **التدخل الطبي**

فنظرا لأن معظم حالات الأفيزيا ينشأ عن إصابات عضوية بالدماغ، فإنه يلزم في البداية تشخيصها وعلاجها سواء كانت ناتجة عن جلطات أو نزيف بالمخ أو أورام مخية في أي منطقة من مناطق المخ. ومن ثم فإن التدخل الطبي والجراحي له أهمية بالغة

لتخفيف حدة الضغط على المناطق الحركية والحسية المرتبطة باللغة فتقل حدة الحبسة الكلامية.

٢ - **التدريبات اللغويـة:**

يعد التداخل بالعلاج اللغوي أو التدريبات اللغويـة أهم التدخلات لعلاج الأفيزيا، لكن متى تبدأ هذه التدريبات اللغوية وما طبيعتها؟

- ففي حالات الأفيزيا الحركية: يحدث التحسن التلقائي في الأيام والأسابيع أو الشهور التي تلي السكتة أو الإصابة بالأفيزيا، وقد يحدث الشفاء خلال ساعات أو أيام من العلاج الطبي، وقد يقتصر التحسن أحيانا على نطق بعض كلمات بعد سنة أو سنتين من الإصابة – إلا أن التدريب على الكلام يكون ضروريا للطفل المصاب.
- وفي حالات الأفيزيا الكلية: قد يستطيع المريض الكلام أو بدء العلاج الكلامي معه ولا فهم الكلام المكتوب أو المسموع أثناء وجود الأفيزيا الحادة.
- وفي حالات الأفيزيا الخفيفة: يمكن إرسال المريض إلى أخصائي التخاطب بمجرد ثبات الانفعالات لدى المريض.

خطوات العلاج الكلامي والتدريبات اللغوية:

تعتمد التدريبات اللغويـة على التدريب الكلامي من جديد speech rehabilitation ويكون العلاج إما جزئيا أو كليا، والأفضل هو العلاج الكلي لأنه الأسرع.. وتسير خطوات التدريبات اللغوية على النحو التالي:

١- وضع الشيء أمام الطفل المصاب ثم النطق بهذا الشيء.

٢- تكرار النطق باسم الشيء مع الإشارة إليه (ارتباط شرطي). ويستمر تكرار ذلك مع التشجيع والتعزيز يربط اللفظ بالشيء.

٣- إجراء تدريبات للسان والشفاه والحلق وحبس الهواء ودفعه وسحبه، مع تمرينات للحروف الساكنة والمتحركة بالمرآة لمعرفة حركات اللسان عند إحداث أي صوت، مع التدريب على تركيز الانتباه وإدراك العلاقات والاسترخاء.

٤- إعادة التدريب: تسمية موضوعات معينة، تكرار الكلمات، التسمية (التي تعتمد على ربط المجال السمعي بالمجال البصري للكلمة)، والكلمات التي تبدأ قصيرة، ثم تطول أكثر فأكثر، وكلمات تحتوي على تشابهات مورفولوجية (الزراد: ١٩٩٠).

٥- تدريب الطفل على إدراك المسموع وفهمه للوصول إلى الاستجابة المطلوبة – ويشمل ذلك: النطق، التقمص اللغوي، المعرفة القرائية، معرفة مفهوم الزمان والمكان، فهم الأفعال اليومية الوظيفية (فتح الباب وغلقه، تناول الطعام...إلخ)، قراءة وكتابة كلمات لها ارتباط بالمحيط العائلي والحياة الأسرية (ويراعى قبل الثامنة الاستعانة بالصور والرسوم).

٦- عند حدوث أخطاء: لابد أن يسمع الطفل الخطأ ويتعرف عليه عن طريق المعالج، ثم يسمع الحرف أو الكلمة كما ينطقها المعالج فيتعلم كيف يميز بين نطق الصوت عن طريق المعالج ونطقه هو للصوت.

٧- جعل الطفل يتواءم مع الأصوات الصحيحة عن طريق جعلها في بعض الكلمات المألوفة حتى يعتاد الطفل أن ينطق بطريقة صحيحة: وأن يكرر الصوت الصحيح كثيرا حتى يعتاد عليه، ويجب تشجيع المريض على تحريك أطرافه وتنشيط ذهنه عن طريق الألعاب والألغاز.

٣ - العلاج النفسي الفردي

في حالات الإصابة بالأفيزيا – خاصة الأفيزيا الحركية – يستاء المريض جدا إذا لم يفهم الآخرون كلامه الغامض، وعندما تبدأ حالته في التحسن ويصبح مدركا لإصابته يتعرض لحالة من اليأس والاكتئاب. ومن ثم يستهدف العلاج النفسي إلى طمأنة المريض ومواجهة حالة الاكتئاب لديه، وغرس الثقة في نفسه ورفع روحه المعنوية، وتحسين صورة الذات وتقديم التدعيم والمساندة، وتدعيم الأنشطة المقبولة اجتماعيا وتخفيف حدة القلق المرتبط باحتباس الكلام.

٤ – العلاج الأسري:

ويستهدف إرشاد الوالدين والأخوة والمحيط الأسري بعامة لاكتساب كيفية التعامل مع الطفل، ولابد للوالدين التعاون مع الطفل حتى يتحسن ويتعلم الكلام، والطفل يحتاج إلى الحب والاطمئنان والثقة ويلزم ألا يحس بأي شكل من الأشكال أن في عيبه ما يدعوه إلى الخجل. ولذلك: فإن على الأسرة دور كبير في زيادة الثقة في نفس الطفل، وتشجيع الطفل على تقبل عيبه لأنه ليس بيده.. وكذلك توضيح ذلك الأمر للأخوة والأخوات.

- على الوالدين تشجيع الطفل على الكلام، وتلافي كل ما من شأنه أن يثبط همته، وأن يكون للكلام ارتباطات سارة عند الطفل.
- الامتناع تماما عن توبيخ أو عقاب الطفل لعجزه عن الكلام.
- تعيين فترة معينة كل يوم لتصحيح الكلام، على أن يدع الطفل في هذا الوقت المحدد يتكلم بحرية فور استطاعته دون مقاطعة بالتعليق أو النقد.
- إتاحة الفرصة للطفل للاحتكاك بغيره من الأطفال لمساعدته على بناء الثقة بنفسه.
- عدم إثارة الطفل بالمشاحنات الأسرية أو إثارة جو من القلق والارتباك والمشاحنات داخل المنزل.
- مشاركة الطفل في مهام منزلية بشرط ألا تفوق طاقته حتى يتحمل المسئولية وتزاد ثقته بنفسه.
- البعد عن التدليل والحماية الزائدة لأن هذا لا يساعده بل يثبت الكلام الخاطئ لديه.

٤ - دور المدرسة في علاج الطفل

للمدرسة دور هام في عملية العلاج وتحسين التواصل الاجتماعي للطفل المصاب بالأفيزيا، ويجب مساعدته على إعادة تعلم الكلام بالتعاون مع المنزل، ووضع برامج علاجية لاكتساب اللغة وتصحيح الأخطاء اللغوية لديه، وإكساب طريقة النطق السليمة، وعدم إهمال الطفل أو اعتباره متخلفا عقليا أو حالة ميئوس منها، وتشجيعه ومساندته، ويلعب المعلم والأقران دورا هاما في تهيئة البيئة الملائمة لعلاج الطفل.

الفصل التاسع

اضطراب الخرس الاختياري

- مقدمة.
- الظاهرة المرضية.
- أسباب اضطراب الخرس الاختياري.
- تشخيص الاضطراب والمظاهر الإكلينيكية.
- المحكات التشخيصية للخرس الاختياري.
- التشخيص الفارق.
- المسار والتنبؤ باحتمالات اضطراب الخرس الاختياري.
- علاج الخرس الاختياري.

الفصل التاسع
اضطراب الخرس الاختياري

مقدمة:

يصف الدليل التشخيصي الرابع للأمراض النفسية (DSM-IV) اضطراب الخرس الاختياري Selective mutism بفشل الفرد المستديم في التحدث في بعض المواقف التي يُتوقع فيها التحدث، بالرغم من أن الشخص قادر على الكلام في مواقف أخرى.

ويتداخل هذا العرض مع المواقف التعليمية والمهنية والاجتماعية. ويجب أن يستمر لمدة شهر على الأقل وليس قاصرا على الشهر الأول من الدراسة. ولا يُشخص اضطراب الخرس الاختياري (انحباس الكلام الموقفي) Selective mutism عندما يكون فشل الشخص في الكلام بسبب جهل اللغة المنطوقة التي يتطلبها موقف معين، أو الشعور بالقلق والاضطراب وهذا الاضطراب لا يشخص أيضا عندما يرتبط انحباس الكلام بإعاقة تمنع الاتصال كالتلعثم والتعثر، (الفأفأة، أو اللجلجة) أو بسبب وجود مرض متصاعد، أو بسبب الشيزوفرينيا (الفصام) أو بسبب أي مرض اضطراب ذهاني حاد آخر Psychotic disorder.

واضطراب الخرس الاختياري الموقفي Selective mutism حالة غير منتشرة عند الأطفال، ومعظم الأطفال المصابين بهذا الاضطراب المرضي يصيبهم الصمت تماما خلال المواقف التي تسبب الصمت، ولكن البعض يهمس أو يستخدم مفردات أحادية المقاطع، وبالرغم من انعدام الكلام إلا أن بعض الأطفال يستخدمون للتواصل حركات العين أو حركات غير لفظية. وهؤلاء الأطفال يتحدثون بطلاقة في مواقف أخرى كالمنزل أو أماكن معينة مألوفة. وأصبح من المفروض في السنوات الأخيرة أن الصمت القهري الموقفي شكل من أشكال الفوبيات الاجتماعية Social phobia نظرا لأن السكوت عن الكلام لا يحدث فقط إلا في مناسبات اجتماعية محددة (Kaplan & Sadock, 1999) .

الظاهرة المرضية:

تنتشر هذه الظاهرة بمعدل من ٣ إلى ٨ من كل ١٠٠٠٠ طفل، والأطفال الصغار أكثر عرضة لهذا الاضطراب من الكبار، وبالرغم من أن هذا الاضطراب مازال قيد البحث فإنه يظهر بصورة أكثر انتشارا عند البنات عنه عن البنين.

أسباب اضطراب الخرس الاختياري:

بالرغم من أن اضطراب الخرس أو الصمت القهري تاه الموقف يحدد سيكولوجيا بالكف أو رفض الكلام، فإن كثيرا من الأطفال المصابين لديهم تاريخ بالإصابة بتأخر الكلام أو عيوب الكلام كإحدى العناصر التي تسهم في هذه الظاهرة.

وفي مسح أجري مؤخرا وجد أن ٩٠% من الأطفال المصابين استوفوا الشروط التشخيصية للأعراض المسببة للفوبيا الاجتماعية Social phobia. ولقد أظهر هؤلاء الأطفال مستويات عالية من القلق الاجتماعي بدون مظاهر سيكولوجية ملحوظة في نطاقات أخرى وفقا لتقديرات الآباء والمعلمين. ومن ثم فإن الخرس أو الصمت القهري قد لا يشكل مرضا مميزا ولكن من الأفضل تعريفه كنوع فرعي أو ثانوي من الفوبيات الاجتماعية A sultype of social phobia. وتتشابه الأسر التي تعول أطفالا مصابين باضطرابات أخرى، كالقلق، ومخاوف التعلق الزائد بالأم والاكتئاب، والاعتماد المتزايد على الأسرة في تلبية الاحتياجات، بوجود أطفال مصابين بالصمت القهري أو الخرس أو البكم الاختياري، هذه العوامل قد تنجم عن الرعاية المبالغ فيها والتقارب المتواتر، ولكن قد تنشأ علاقات متضادة بين الأم وابنها المصاب بالصمت القهري.. والأطفال المصابون بهذا الاضطراب عادة ما يتحدثون بانطلاق في المنزل، وليست لديهم أية مشاكل بيولوجية تذكر. وبعض الأطفال قد يكونوا معرضين للإصابة بالصمت القهري بعد صدمة نفسية أو بدنية مبكرا، ومن ثم يجب على الأطباء أن يشيروا إلى هذه الظاهرة بالصمت بسبب التعرض لصدمة نفسية Traumatic mutism بدلا من الصمت القهري (Black & Unde, 1991).

تشخيص الاضطراب والمظاهر الإكلينيكية

إن تشخيص البكم أو الخرس الاختياري والصمت القهري ليس من العسير إجراؤه بعد التأكد من سلامة المهارات اللغوية في بعض البيئات عند الطفل عنها في البعض الآخر. وهذا الاضطراب قد يتصاعد تدريجيا أو بصورة مفاجئة بعد المرور بتجربة صعبة. وسن الإصابة يتراوح من ٤ إلى ٨ سنوات، وفترات الصمت غالبا ما تكون في المدرسة أو خارج المنزل ولكن في بعض الحالات النادرة يتعرض الطفل للصمت في

المنزل وليس في المدرسة. والأطفال المصابون بهذا العرض قد يكون عندهم أعراض قلق الانفصال، ورفض الذهاب إلى المدرسة، وتأخر في اكتساب اللغة.

ونظرا لأن القلق الاجتماعي منتشر تقريبا عند الأطفال المصابين بالصمت القهري، فإن الاضطرابات السلوكية كالانفعالات المزاجية أو الثورات الانفعالية المزاجية، والسلوك التحولي قد يحدث أيضا في المنزل (Kaplan & Sadock, 1999).

المحكات التشخيصية للخرس الاختياري:

يحتوي الدليل العاشر لتصنيف الأمراض ICD-10 على الصمت الاختياري Elective mutism لدى الأطفال الذين لا يحالفهم التوفيق للتحدث في مواقف معينة.

والمحكات التشخيصية لهذا الاضطراب تتمثل في:

أ – يكون التعبير اللغوي والفهم، كما جاء في قياس الاختبارات الفردية المقننة، هو في حدود انحراف معياري بالنسبة لسن الطفل.

ب – هناك دليل واضح للفشل المستمر للتحدث في مواقف لجتماعية محددة التي يكون من المتوقع أن يتكلم فيها الطفل (كالمدرسة مثلا) بالرغم من أنه يتكلم في مواقف أخرى.

ج – مدة هذا الاختلال تزيد على ٤ أسابيع.

د – لا يوجد مرض متنامي منتشر.

هـ - ألا يكون المرض بسبب جهل باللغة المنطوقة في الموقف الاجتماعي الذي يصاب فيه الفرد بخيبة الأمل في التحدث.

وأورد الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للأمراض العقلية DSMIV المحكات التشخيصية التالية للصمت القهري الموقفي أو الخرس الاختياري:

أ – الفشل المتواصل في التكلم في مواقف اجتماعية معينة (التي يكون من المتوقع التحدث فيها كالمدرسة) بينما يتحدث الشخص في مواقف أخرى.

ب – يتداخل هذا الاضطراب في الأداء التعليمي أو المهني أو التواصل الاجتماعي.

ج ـ مدة المرض شهر واحد على الأقل (وليست قاصرة على أول شهر من الدراسة).

د ـ لا يرجع الفشل في التحدث إلى نقص في المعلومات للغة المتحدثة المطلوبة في الموقف الاجتماعي أو عدم ارتياح بخصوصها.

هـ ـ لا يستحسن إرجاع أسباب المرض إلى اختلال في الاتصال (مثل أمراض الكلام كالتأتأة والفأفأة) ولا يحدث بطريقة فردية أثناء انتشار مرض آخر كالفصام أو أي مرض من الأمراض النفسية الأولى.

التشخيص الفارق:

قد يظهر الأطفال الخجولين صمتا وقتيا عابرا في المواقف الجديدة المثيرة للقلق. وهؤلاء الأطفال غالبا ما يكون لديهم تاريخ في الصمت عند وجود الغرباء أو التشبث بأمهاتهم. ومعظم الأطفال الذين يصمتون عند دخولهم المدرسة يتحسنون تلقائيا، ويمكن وصفهم بأنهم يمرون بحالة من الخجل التوافقي العابر.

ويجب تمييز الخرس أو الصمت القهري عن التخلف العقلي، واضطراب التعبير اللغوي، ففي هذه الاضطرابات تكون الأعراض واسعة الانتشار، ولا يوجد أي موقف يتواصل فيه الطفل بصورة طبيعية، فالطفل قد يكون غير قادر على الكلام بدلا من رفض الكلام. وفي الاضطرابات التحولية المصاحبة للصمت، يتفشى الصمت.. والأطفال الذين يتواجدون في بيئة تكون فيها اللغة المنطوقة مختلفة عن لغتهم قد يظهرون تحفظا في استخدام اللغة الجديدة. والبكم الاختياري والصمت القهري يجب تشخيصه فقط عندما يرفض الأطفال أيضا أن يتحدثوا بلغتهم الأصلية أو عندما يكونوا قد اكتسبوا التمكن اللغوي الذي يساعد على الاتصال في اللغة الجديدة، ولكنهم يرفضون التحدث بها (Klin & Volkmar, 1993)

المسار والتنبؤ باحتمالات اضطراب الخرس الاختياري:

بالرغم من أن الأطفال المصابين بالصمت القهري أو الخرس الاختياري يكون عندهم خجل غير عادي خلال سن ما قبل المدرسة، فإن الإصابة بالمرض تكون عادة ما بين ٥ ـ ٦ سنوات. والنوع الأكثر شيوعا هو أن الحديث يكون قاصرا بصفة محددة على المنزل وأفراد الأسرة فقط وليس في مكان آخر سواه وخاصة المدرسة. ونتيجة لذلك يعاني

الأطفال من المشاكل الدراسية والرسوب، والأطفال المصابون بالصمت القهري يكونون عادة من النوع الخجول، القلق، والمعرض للإصابة بالاكتئاب.

ومعظم الأطفال الذين لديهم نوع بسيط من اضطراب القلق بما فيها هذا المرض يبرأون من الاضطراب بعلاج أو بدون علاج. ويمكن استخدام دواء الفلوكستين (Prosac) للتعجيل بالشفاء.

والأطفال الذين يستمر عندهم هذا الاضطراب غالبا ما تصادفهم مشاكل في تكوين علاقات اجتماعية، كما أن المضايقات التي يتعرضون لها من أقرانهم تجعلهم يرفضون الذهاب إلى المدرسة. وبعض الأطفال ذوي الدرجة الحادة من الفوبيا الاجتماعية يتصفون بالتعنت، والسمات القهرية Compulsive traits، والسلبية، والثورات المزاجية، والمعارضة والتمرد، والسلوك العدواني بالمنزل. كما أن بعض الأطفال الآخرين المصابين يخففون من مواقف الخوف باستخدام الإشارات في التواصل مثل: الإيماء بالموافقة أو الرفض وهز الرأس، والتلفظ ببعض مفردات أو ما شابه ذلك.

ومعظم الحالات تستمر فقط لبضعة أسابيع أو أشهر قليلة ولكن بعض الحالات تستمر لسنوات. وفي دراسة تتبعية وجد أن نصف عدد الأطفال قد يشفى خلال فترة من ٥ إلى ١٠ سنوات. والأطفال الذين لا يتحسنون ببلوغ سن العاشرة قد يتعرضون لفترة أطول من الاضطراب وتنبؤات ليست أفضل من الأطفال الذين يشفون ببلوغ العاشرة.وحوالي ثلث عدد الأطفال المصابين بالصمت القهري أو الخرس الاختياري قد تظهر عندهم أعراض اضطرابات عصابية خاصة اضطرابات القلق الأخرى، والاكتئاب سواء عولجوا أو لم يعالجوا (Klin & Vokkmar, 1993).

علاج الخرس الاختياري:

إن استخدام طريقة علاج متعددة مثل التدخل الشخصي، والسلوكي، والأسرى، وأيضا العلاج باستخدام العقاقير قد يكون ناجحا، وقد تكون الاستشارة والعلاج النفسي للوالدين في سنوات ما قبل المدرسة أمرا يوصي به. وأطفال ما قبل المدرسة قد يستفيدون من العلاج الذي يقدم في الروضة. كما قد يُنصح بالعلاج النفسي الفردي أو العلاج السلوكي

للأطفال الذين هم في سن المدرسة. وفي حالة إحباط استقلالية الطفل تصبح الاستشارة العائلية أو العلاج النفسي للوالدين في غاية الأهمية.

ولقد ذكر تقرير حديث عن ٢١ طفلا مصابين بالصمت القهري تم تجريب علاجهم بعقار الـ Fluxoctine، وأوصى هذا التقرير بالتداوي به لفاعليته في علاج الخرس الاختياري أو الصمت القهري عند الأطفال، كما أن هناك تأكيدا في جدوى العقار في علاج الفوبيات الاجتماعية عند الكبار. كما أن هناك عقاقير أخرى تستخدم للتداوي مثل الفينيلزين (النياردين) التي تحسن أعراض الفوبيا الاجتماعية – كما ورد في بعض تقارير عن حالات فردية.

كما أن هناك حاجة لمزيد من الفحوصات لتحديد فائدة العلاج بالعقاقير لاضطراب الخرس الاختياري أو الصمت القهري (Black & Uhde, 1991).

الفصل العاشر

اضطراب مهارات التواصل غير اللفظي

- مقدمة.
- جوانب قصور مهارات التواصل غير اللفظي:
  1- قصور المهارات الاجتماعية.
  2- قصور أداء المهارات الاجتماعية.
  3- قصور الضبط الذاتي الخاصة بالمهارات الاجتماعية.
  4- قصور الضبط الذاتي في أداء المهارات الاجتماعية.
- التدريب على مهارات التواصل الاجتماعي غير اللفظية.

الفصل العاشر

اضطراب مهارات التواصل غير اللفظي

مقدمة:

سبق أن أوضحنا أن التواصل غير اللفظي هي قدرة الفرد على التعبير عن الأحاسيس الإيجابية والسلبية في السياقات التي تحدث بين الأفراد بدون فقدان عنصر التدعيم. هذه المهارات تظهر في الكثير من السياقات التي تحدث في التواصل بين الأفراد، وتنطوي على التنسيق المتبادل في التعبيرات الشفهية وغير الشفهية الملائمة (Hersen & Bellack, 1979)

ويصنف كومبز وسلابي Combs & Slaby (١٩٧٧) مهارات التواصل غير اللفظي تحت المهارات الاجتماعية باعتبارها، قدرة مركبة على التفاعل الإيجابي مع الآخرين في سياق اجتماعي معين، بطرق مقبولة من المجتمع أو يعترف بقيمتها، وتكون في نفس الوقت مفيدة للشخص وذات نفع للآخرين.

ويعرف رين وماركل Rinn & Markle (١٩٨٩) المهارات الاجتماعية بأنها: "مخزون من السلوكيات اللفظية وغير اللفظية التي بها تتحرك استجابات الفرد للآخرين في موقف التفاعل. وهذا المخزون يعمل بطريقة آلية من خلالها يستطيع الأفراد التأثير في بيئتهم بتحقيق النتائج المرغوبة والتخلص من أو تجنب النتائج الضارة في النطاق الاجتماعي" إن الحد الذي عنده ينجحون في الحصول على نتائج مرغوبة أو تجنب النتائج الضارة دون إلحاق أذى بالآخرين هو الحد الذي عنده يصبحون ذوي مهارات اجتماعية.

جوانب القصور في مهارات التواصل غير اللفظي

يصنف جريشام Gresham (١٩٨٦) أوجه القصور في مهارات التواصل الاجتماعي غير اللفظي إلى أربعة أنماط تبعاً لقصور اكتساب المهارة الاجتماعية أو أوجه قصور أداء المهارة – وذلك في حالتي غياب الاستجابة الانفعالية أو وجودها كما يوضح جدول (١).

جدول (١) أوجه القصور في المهارات الاجتماعية

البيـان	عجز أو قصور الاكتساب	قصور الأداء
غياب الاستجابة الانفعالية	قصور المهارة الاجتماعية	قصـور أداء المهـارة الاجتماعية
وجود الاستجابة الانفعالية	قصور الضبط الذاتي في المهارة	قصور الضبط الذاتي في أداء المهارة الاجتماعية

وفيما يلي توضيح هذه الأنماط من القصور في المهارات الاجتماعية:

١ - قصور المهارة الاجتماعية **Skill Defect**

إن الأطفال الذين لديهم عجز في المهارات ليست لديهم المهارات الاجتماعية اللازمة للتفاعل والتواصل بطريقة ملائمة مع أقرانهم، أو لا يعرفون الخطوة الحرجة في أداء المهارة (Gresham, 1986).. والعجز في المهارة الاجتماعية مشابه لما يشير إليه بندورا Bandura (١٩٦٩: ٧٧) من نقص في التعلم ناتج عن عجز في اكتساب المهارة. فالطفل الذي لا يعرف علاقة الجمع (+) عنده نقص في المهارة – إذ أنه لا يعرف الإجراء الذي يقوم به عندما يرى إشارة الجمع، ومثل ذلك أيضاً الطفل الذي لا يستطيع أن يعرف إشارة (+) ولكنه لا يعرف جمع الأرقام عندما يتعرض لمسألة (٣٣ + ١٩=) فالطفل الذي لا يعرف إجراء الجمع قد يغفل عنصراً هاماً فيه فيحل المسألة (٣٣ + ١٩ = ٤١) خطأ في الجمع.

وتوجد كثير من الأمثلة لتوضيح العجز في المهارات الاجتماعية لدى المتخلفين عقلياً فقد لا يستطيع الطفل الاستمرار في التخاطب مع أقرانه، أو يطلب أحد من الصف أن يتعرف عليه بطريقة سليمة، أو يتبادل التحية.. وقد يغفل الطفل خطوة جوهرية في سلسلة السلوكيات عندما يتبادل التحية، فالطفل قد يستطيع إبداء السبب في تبادل التحية، وقد يعرف صياغة التحية، وقد يستطيع اختيار الوقت المناسب لتبادل التحية، ولكن لا يعرف طريقة تبادل التحية بصوت واضح وبطريقة تنم عن الصدق (Urbain & Kenall, 1980, 116) وإذا ما أخذنا هذا التقييم بعين الاعتبار يجب أن يركز التدخل في تعليم الطفل كيفية إلقاء التحية بوضوح وصدق من خلال التعليمات المباشرة direct instructions، ممارسة السلوك، التدريب Coaching.

٢ ــ قصور أداء المهارة الاجتماعية: Performance defect

يصنف قصور أو نواحي ضعف الأداء الاجتماعي الأطفال الذين لديهم المهارات الاجتماعية في مخزون مهاراتهم ولكنهم لا يؤدونها على المستوى المطلوب، ويمكن أن يعزي قصور الأداء إلى عدم كفاية عدد مرات صدور السلوك الاجتماعي، وقد يكون مرتبطاً بنقص الحافز (أي احتمالات وظروف التدعيم)، أو انعدام فرصة أداء السلوك (مثل مشكلة التحكم في المثيرات). ومن الأهمية أن ندرك أن الخوف والقلق والاستجابات الانفعالية الأخرى لا تعتبر قصوراً في الأداء الاجتماعي، فوجود الاستجابات الانفعالية التي تمنع اكتساب أو القيام بالسلوكيات الاجتماعية يمكن أن نطلق عليها مهارة ضبط الذات Self-control، وقصور التحكم الذاتي في أداء المهارة Control performance deficits على التوالي (Gresham, 1986, 154)، والعامل الرئيسي الذي يستخدم في تحديد ما إذا كانت المشكلة الاجتماعية تمثل قصوراً في الأداء هو ما إذا كان الطفل يستطيع أو لا يستطيع أداء السلوك..

وبناء عليه: إذا كان الطفل لا يؤدي السلوك داخل الفصل ولكنه يستطيع أداء السلوك في موقف سلوكي للعب الدور – فإن هذا يكون قصوراً في الأداء الاجتماعي. وإذا افترضنا أن هذه المشاكل ترجع إلى التحكم في الدوافع أو احتمالات وظروف التدعيم تعتبر عوامل وظيفية متصلة بالقصور في الأداء الاجتماعي فإن إستراتيجيات التدريب يجب أن تركز على أساليب التحكم والضبط السابقة واللاحقة antecedent & consequent techniques وهذه الإستراتيجيات قد تتضمن الاستجابة إلى مبادرة الأقران، والأنشطة الاجتماعية التمثيلية (السيكودراما)، واحتمالات وظروف التدعيم الاجتماعي وبرامج التدعيم الرمزية أو الشكلية (Urbain & Kendall, 1980,111).

٣ ــ قصور الضبط الذاتي الخاص بالمهارة الاجتماعية: Self-Control Skill Defect

يصف هذا النوع من مشكلات المهارة الاجتماعية الطفل الذي لم يتعلم مهارة اجتماعية معينة لأن الاستجابة الانفعالية لهذا النوع منعه من اكتساب تلك المهارة.

ومن إحدى الاستجابات الانفعالية التي تتداخل في التعلم انفعال القلق. فلقد لوحظ أن القلق يحول دون اكتساب الاستجابات النهائية – خاصة المخاوف المرضية Phobias. ومن ثم فإن الأطفال قد لا يتعلمون كيفية التفاعل مع أقرانهم لأن القلق الاجتماعي أو المخاوف تعوق مدخل السلوك الاجتماعي، وبالمثل فإن التجنب أو الهروب من المخاوف

الاجتماعية يخفف القلق وبالتالي يدعم بطريقة سلبية سلوكيات العزلة الاجتماعية، ومن الاستجابات الانفعالية التي قد تحول دون إكتساب المهارات الاجتماعية الاندفاعية impulsivity.. فالأطفال الذين يظهرون سلوكاً اجتماعياً اندفاعياً يفشلون في تعلم استراتيجيات التفاعل الاجتماعي المناسب لأن سلوكهم ينشأ عنه الرفض من الأقران، ولذلك فإن الأقران يتجنبون الطفل المندفع، وهذا يتسبب عنه أن هذا الطفل لا يتعرض لنماذج طيبة من السلوك الاجتماعي، ويضع قائمة مميزة وفقاً لاستجابته الاجتماعية. وهذا التكوين السلوكي يوصي بأن الطفل المقصود يصدر عنه سلوكيات اجتماعية مكروهة ومنفره ينجم عنها الرفض الاجتماعي من الأقران والآباء والمعلمين.. إلخ (Kendall & Braswell, 1982). وبالمثل فإن بعض الأفراد يعانون من الكراهية والنفور من أقرانهم – ومن ثم: فإن السلوكيات التي تؤدي إلى الهروب من هذا الطفل وتجنبه تؤدي إلى التدعيم السلبي للسلوك، وينجم عن ذلك أن سلوك الطفل المقصود يلقي عقاباً (بالتأنيب الشفهي أو البدني، أو انعدام التدعيم)، أو يلقي استئصالا (الرفض أو الاستبعاد) بالتجاهل – ونتيجة لهذا التتابع من الأحداث هو: أن الطفل المستهدف لا يتعلم المهارات الاجتماعية للتفاعل المناسب (أي يسبب قصور المهارة) (Gresham, 1986, 155).

ويستند تحديد قصور التحكم الذاتي في أداء المهارة على معيارين:

أ – وجود الاستجابة الناجمة عن الإشارة الانفعالية مثل: (القلق، الخوف، الاندفاع، الغضب).

ب – أن الطفل إما أنه لا يعرف المهارة المشار إليها أو لم يمارسها مطلقا.

٤ – قصور الضبط الذاتي في أداء المهارة الاجتماعية:

Self-Control Performance Defect

والأطفال الذين لديهم قصور في الضبط الذاتي في الأداء لديهم المهارة الاجتماعية المحدودة في مخزونهم، ولكنهم لا يؤدون المهارة بسبب الاستجابة الناجمة عن الإشارة الانفعالية ومشكلات الضبط السابقة واللاحقة. معنى هذا أن الطفل يعرف كيف يؤدي المهارة ولكن ليس بصفة متكررة أو منتظمة.. والفرق الرئيسي بين مهارة الضبط الذاتي وقصور الأداء هو أن الطفل يمتلك المهارة المخزونة أو لا يمتلك المهارة – وفي الحالة الأولى لم يتعلم الطفل المهارة، وفي الحالة الثانية يتعلم الطفل المهارة ولكنه لا يظهرها بطريقة منتظمة.. وهناك معياران يستخدمان في تحديد قصور الضبط الذاتي في الأداء.

أ – وجود الاستجابة الانفعالية مثل: الغضب، الخوف.

ب – الأداء غير المنتظم للمهارة المقصودة.

والتدخل في مثل هذا النوع من القصور يركز على سياسات الضبط الذاتي لتعليم الطفل، كيف يمنع السلوك غير الملائم، والتدريب على التحكم في المثيرات بفرض تعلم التمييز بين المواقف المتعارضة وظروف التدعيم للسلوكيات الاجتماعية الملائمة (Kendall & Braswell, 1982,21-22, Gresham, 1986, 155).

التدريب على مهارات التواصل الاجتماعي غير اللفظية

إن عجز الطفل عن التوافق في المواقف الاجتماعية يرجع إلى خلل في رصيده من المهارات المناسبة لتلك المواقف، أو إلى نقص الخبرة، أو إلى التعلم الخاطئ لبعض التصرفات غير المتوافقة – وهذا يستلزم التدريب على المهارات الاجتماعية (أبو سريع: ١٩٩٣، ٢٣٨).

ولقد استخدمت مجموعة متنوعة من طرق التدريب على المهارات الاجتماعية، غير أن الطرق المستخدمة والمهارات التي تم التدريب عليها تختلف تبعاً لسمات الأطفال بما في ذلك مشاكلهم المحددة، وأعمارهم، والمواقف الاجتماعية – وضيق التدريب على المهارات الاجتماعية بفاعلية مع الأطفال ذوي العجز الاجتماعي Social deficit الذي يتراوح بين العزلة الاجتماعية والسلوك العدواني (Michelson & Mannarino, 1986, 379) – ومن ثم فإن اختيار طرق التدريب المناسبة تتطلب ما يلي:

١- تحديد طبيعة الصعوبات التي يعاني منها الطفل عندما يتفاعل مع الآخرين.

٢- تحديد طبيعة المواقف التي يواجه فيها الطفل تلك الصعوبة.

٣- اختيار الطرق أو الاستراتيجيات التدريبية التي يناط بها إكساب الطفل المهارات الاجتماعية التي تعوزه في الموقف الاجتماعي المشكل بالنسبة له (أبو سريع: ١٩٩٣: ٢٣٨).

أهم الإستراتيجيات أو الطرق المستخدمة في التدريب على المهارات الاجتماعية:

فيما يلي عرض لأهم الإستراتيجيات المستخدمة في التدريب على المهارات الاجتماعية:

١ – النمذجة: Modeling

هي إتاحة نموذج سلوكي مباشر (شخص) أو ضمني (تخيلي)، للمتدرب حيث يكون الهدف هو توصيل معلومات حول النموذج السلوكي المعروض للمتدرب بقصد إحداث تغيير ما في سلوكه (إكسابه سلوكاً جديداً) (الشناوي: ١٩٩٦، ٣٦٨).

ويشار إلى استخدام النمذجة في التدريب على المهارات الاجتماعية بالتعلم بالملاحظة أو التعلم التعويضي Observational or vicarious learning – لأن الطفل يتعلم بملاحظة النموذج أفضل من الاشتراك الفعلي في الاستجابات العلنية. (Michelson & Mannarino, 1986, 379)، وهي تستند إلى افتراض أن الإنسان قادر على التعلم عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين وتعرضهم بصورة منتظمة للنماذج – إذ يعطي الشخص فرصة لملاحظة نموذج ويطلب منه أداء نفس العمل الذي يقوم به النموذج (مليكه: ١٩٩٠، ١٠٤).

أنواع النمذجة:

أ – النمذجة المباشرة أو الصريحة Overt modeling

حيث توجد قدوة فعلية أو شخص يؤدي النموذج السلوكي الاجتماعي المطلوب إتقانه، أو قدوة رمزية من خلال فيلم أو مجموعة من الصور المسلسلة بطريقة تكشف عن خطوات أداء السلوك، أو يقوم النموذج بهذا السلوك في مواقف فعلية أو رمزية (عبدالستار ابراهيم وآخرون: ١٩٨٣، ١٠٩).

ب – النمذجة الضمنية Covert modeling

وفيها يتخيل المتدرب نماذج تقوم بالسلوكيات الاجتماعية التي يرغب المدرب أن يلقنها للمتدرب.

ج - النمذجة بالمشاركة Participant modeling

وفيها يتم عرض السلوك الاجتماعي المرغوب بواسطة نموذج، وكذلك أداء هذا السلوك من جانب المتدرب، مع توجيهات تقويمية من جانب المدرب (الشناوي: ١٩٩٦، ٣٧٢- ٣٧٣)، وقد وجد أن اشتراك أحد المدربين في التفاعل الاجتماعي مع رفاق الطفل، واستخدام نماذج رمزية، وحكايات مصورة، وأفلام عن التفاعل الاجتماعي بين اثنين مقترنة بعمليات أخرى قد أدى إلى زيادة التفاعل والسلوكيات الاجتماعية المرغوبة بطريقة فعالة (Michelson & Monnarina, 1986, 381).

وهناك عدة عوامل تؤثر في النمذجة:

١- خصائص النموذج: فالانتباه للنموذج يزداد كلما كان هذا النموذج محبباً ومشوقاً للمتدرب، ويفضل أن يكون النموذج مناسباً لسن وجنس المتدرب.

٢- خصائص المتدرب: أوضح بندورا Bandura أنه لنجاح النمذجة فإن المتدرب يجب أن يتوفر فيه عدة خصائص:

أ - عمليات الانتباه attention processes: فينبغي أن ينتبه المتدرب للموقف، وأن يستوعب المعلومات التي يعرضها النموذج.

ب - عمليات الحفظ Retention processes: فبعد أن يفهم المتدرب جوانب المعلومات الذي ينتبه إليها يتم حفظ وتخزين هذه السلوكيات في صوره ومرمزة.

ج - استرجاع (إعادة توليد) السلوك Motoric reproduction: حيث يتم استرجاع السلوك المحفوظ في الذاكرة.

د - عمليات الدافعية Motivational processes: فعندما يتوقع المتدرب نتائج إيجابية من أداء السلوك المنمذج فإنه يتوقع أن يقوم بأداء هذا السلوك.

٣- خصائص مرتبطة بالإجراءات: فموقف النمذجة والأسلوب الذي تتم به قد يتضمن بعض الجوانب التي تؤثر على المتدربين عما لو كان النموذج يلقى عقاباً (الشناوي: ١٩٩٦، ٣٦٨- ٣٧١).

٣ – التدعيم الإيجابي Positive reinforcement:

التدعيم الإيجابي هو العملية التي تقوى بها السلوكيات في تكرارها عندما يعقبها جائزة أو حدث سار – وإذا كان الغرض من أي برنامج تدريبي على السلوكيات والمهارات الاجتماعية هو زيادة نسبة تكرار السلوكيات المناسبة فإن هذه السلوكيات تحتاج مباشرة إلى تدعيم إيجابي متواصل، وهذه المدعمات قد تكون: تشجيع، ثناء، امتداح، مكافأة، اشتراك في أنشطة ترويحية، وقد يكون التدعيم الإيجابي بفيش أو بونات التدعيم token ويشار إليها باقتصاديات الفيش (حيث يحصل الفرد الذي يأتي بالسلوك المطلوب على فيش أو تذكرة بحيث إذا جمع عدداً منها يمكن استبداله بمشروبات أو هدايا..إلخ (الشناوي: ١٩٩٦، ٣٣١- ٣٣٢).

شروط فعالية التدعيم الإيجابي:

١- أن يكون ظهور التدعيم في وقت قريب من السلوك الاجتماعي الذي نود تدعيمه بقدر الإمكان.

٢- أن نختار التدعيم من حيث النوع والكمية بما يناسب حاجة المتدرب.

٣- أن تستخدم جداول تدعيم متصلة في البداية لتساعد في زيادة السلوك الاجتماعي المرغوب بسرعة، ثم بعد ذلك تستخدم جداول تدعيم متقطع تطول المدة بينها شيئاً فشيئاً – وبذلك تتجنب انطفاء السلوك بسرعة عند توقف التدعيم.

٤- أن قاعدة التدعيم قاعدة جوهرية تستخدم في تقوية السلوك الاجتماعي المرغوب. (Michelson & Mannarino, 1986, 383)

٣ – الحث (التلقين): Prompting

وهو يشير إلى المنبهات المسبقة التي تساعد على إثارة وتحريك السلوك أو التي تساعد الطفل على القيام بالسلوك الاجتماعي المرغوب، ثم تدعيمه بحيث يصبح أكثر عزماً على محاولة أداء السلوك بنفسه.. وعندما تيسر الملقنات Prompts أداء السلوك المرغوب فإنه يمكن إزالتها دون أن ينجم عن ذلك انخفاض لكمية السلوك المرغوب (Michelson & Mannarino, 1986, 383).

أنواع الملقنات:

أ – تلقين لفظـــي: Verbal Prompt: أي نذكر للطفل ما نريد أن يفعله من سلوك اجتماعي مرغوب باستخدام الكلمات.

ب – تلقين من خلال الإيمـــاءة Prompting by gesture: إذ يمكن أن تساعد الإيماءات الطفل على فهم ما نريد منه عمله أو الإتيان به من سلوك.. وغالبا ما تستخدم الإيماءات مع الكلمات لتوضيح المعاني، ولكن يجب الحذر من استخدام إيماءات كثيرة قبل أن نتأكد أن الطفل يفهم الإيماءات (مليكه: ١٩٩٨، ٢٠).

وهكذا: فإن استخدام التلقينات يزيد عن احتمال حدوث الاستجابة واكتساب السلوك الاجتماعي، وحالما تتم الاستجابة الملقنة فإنه يمكن تدعيمها، وكلما زاد تكرار تدعيم الاستجابة تم تعلمها بسرعة، ويكون الهدف النهائي عادة هو الحصول على الاستجابة النهائية في غياب الملقنات (الشناوي: ١٩٩٦، ٣٤٢ـ ٣٤٣).

٤ – التشكيل: Shaping

يرى مليكه (١٩٩٠) أن التشكيل أو التقريب المتتابع هو تدعيم السلوك الذي يقترب تدريجياً من السلوك المرغوب أو يقاربه في خطوات صغيرة تيسر الانتقال السهل من خطوة لأخرى.. ويبدأ التشكيل من النقطة التي يكون الطفل المتدرب عندها، ثم يتدرج في خطوات صغيرة بحيث يتغير سلوكه بيسر مع تقديم التدعيم ومعالجة الأخطاء والمشكلات في مرحلة مبكرة من الخطوات الصغيرة.

وهكذا يكون التشكيل تصعيد الاقتراب من السلوك النهائي الذي سوف يتخذ شكله في النمو والازدياد.. وتتألف أهداف برامج التدريب على المهارات الاجتماعية غالباً من العمل على تصعيد تعاقبات متشابكة من السلوكيات الاجتماعية مثل: كيفية تجاذب أطراف الحديث، طلب الالتماس من الآخرين، أو المطالبة بالحقوق.. وقد يصعب على الأطفال المنعزلين انعزالاً اجتماعياً شديداً تدعيم حدوث تلك الاستجابات إذ أنها نادراً ما تحدث إذا لم تكن تحدث.. ويجب تدعيم الخطوات بالتدريج تجاه هذه الاستجابات لكي يستطيع السلوك التحرك تدريجيا نحو الهدف المنشود (Michelson & Mannarino, 1986, 383-384)

٥ ـ لعب الدور والبروفات السلوكية:

يتضمن لعب الأدوار منهجاً آخر من مناهج التعلم الاجتماعي يدرب الطفل بمقتضاه على تمثيل جوانب من المهارات الاجتماعية حتى يتقنها.. ولإجراء هذا الأسلوب يطلب المدرب من الطفل الذي تنقصه المهارات الاجتماعية أن يؤدي دوراً مخالفاً لشخصيته، أو أن يقوم بأداء طفل جرئ، وأحيانا يتم تطبيق هذا الأسلوب بتشجيع الطفل على تبادل الأدوار في تدريب المهارات الاجتماعية.. وبمقتضى هذا الأسلوب يطلب من الطفل أن يؤدي الدور المطلوب تحقيقه ـ أي أن ينتقل من القيام بدور الخجول إلى دور الجرئ، أو من دور الغاضب إلى المعجب والشاكر، والمادح لسلوك طفل آخر (إبراهيم وآخرون: ١٩٩٣، ١١٦).

مراحل التدريب على لعب الدور:

أوضح أرجايل Argyle (١٩٨٤) أن التدريب على أداء الدور أو التدخل متعدد الأوجه multifaced intervention يسير عبر المراحل التالية:

١- عرض السلوك المطلوب تعلمه أو التدريب عليه واكتسابه من قبل المدرب فيعطي نموذجاً للتغيرات المرغوبة (كأن يوضح للطفل طريقة مخاطبة الطفل لوالديه ومعلميه)، أو من خلال نماذج تسجيلات صوتية أو مرئية.

٢- وقد يعطي المدرب التلقين الواضح للأداء وقد يكون في صورة شرح لطريقة الأداء.

٣- ثم ممارسة السلوك المرغوب أو عمل بروفة أو التمثيل وأداء الأدوار الخاصة به أو تتابع أداء الدور للاستجابة المرغوبة.

٤- إعطاء تغذية راجعة Feedback خاصة بالسلوك الذي أداه الطفل وتصحيح الأداء، وتوجيه انتباهه لجوانب القصور فيه حتى يتماثل الأداء مع الغرض المطلوب.

٥- من خلال الممارسة المتكررة للاستجابة المرغوبة يتعلم الطفل أداء السلوكيات الجديدة ـ وتكرار مسلسل لعب الدور أو البروفة (Michelson & Mannarinon, 1986, 385) (أبو سريع: ١٩٩٣، ٢٤٢ ـ ٢٤٩).

٦ ـ التدريب على السلوك التوكيدي:

يتصل السلوك التوكيدي بالعلاقات الشخصية ويتضمن التعبير الصادق والمباشر عن الأفكار والمشاعر الشخصية (الشناوي: ١٩٩٦، ٣٣٥).. ويهدف التدريب على السلوك التوكيدي ما يلي:

١- تدريب الطفل على الاستجابة الاجتماعية الملائمة بما فيها التحكم في نبرات الصوت، واستخدام الإشارات، والاحتكاك البصري الملائم.

٢- تدريب القدرة على التعبير الملائم عما يشعر به الطفل – أي التعبير الحر عن المشاعر والأفكار بحسب متطلبات الموقف بما في ذلك تدريب القدرة على الاستجابة بالغضب أو الإعجاب أو الود أو التراضي، أو غير ذلك من مشاعر تتطلبها المواقف.

٣- تدريب الطفل على الدفاع عن حقوقه دون أن يتحول إلى شخص عدواني أو مندفع (عبد الستار إبراهيم وآخرون: ١٩٩٣، ١١٣).

ولقد اقترح سالتر Salter طريقة تتضمن ستة أنواع رئيسية من التدريبات على مهارات التواصل الاجتماعية من خلال التدريب على السلوك التوكيدي:

١- التحدث عن المشاعر Feeling talk: ويشتمـــل هذا النوع من التدريبات على التعبير حرفياً على أي شعور.

٢- استخدام تعبيرات الوجه: وتشمل التدريبات على ممارسة التعبيرات بالوجه بما يتلاءم مع الانفعالات التي يعايشها الفرد مثل: للفرح، والخوف، والحزن، والضيق، والغضب.

٣- التعبير عن الرأي الشخصي في حالة مخالفة الرأي المطروح: وفيه يمارس الشخص تعبيره عن رأيه الشخصي حين يكون لديه رأي يختلف عن الرأي المطروح من الآخرين.

٤- استخدام ضمير المتكلم بدلاً من ضمير الغائب: ويشمل هذا الجانب التدريب على التعبير عن الذات، ونسب الأحداث والخبرات للذات بدلاً من نسبتها إلى ضمير الغائب أو بنائها للمجهول.

٥- التعبير عن الموافقة عندما يكون هناك اقتناع أو فائدة أو رضا.

٦- ممارسة الارتجال: وفيه يتدرب الفرد على الكلام الحر في صورة ارتجالية.

ودون اللجوء بكثرة إلى الكلمات المعدة مسبقاً أو المواجهة عن طريق الكتابة ودون اللجوء بكثرة إلى الكلمات المعدة مسبقاً أو المولجهة عن طريق الكتابة (الشناوي، عبد الرحمن: ١٩٩٨، ١١٢- ١١٤).

وقد اقترح بيلاك وهيرسون وهيملهوك Bellack, Herson & Himmelhock برنامجاً جيداً وشاملاً للتدريب على المهارات الاجتماعية يتضمن التدريب على السلوك التوكيدي ويشمل:

- رفض الطلبات غير المنطقية والتعبير عن عدم الموافقة، إجراء الطلبات والمصالحة والمفاوضة.
- المهارات التوكيدية الإيجابية مثل: إبداء الإعجاب، والتعبير عن الوجدان، وتقديم الموافقة، والتقدير والاعتزاز.
- مهارة المحادثة التي تتألف من بدء محادثة، وتوجيه الأسئلة، وإنهاء المحادثة.

وهذه المهارات يتم تقديمها في مجموعة من المواقف التي تشتمل على تفاعل مع الغرباء، وأصدقاء وأفراد الأسرة، وزملاء العمل أو المدرسة.. ويستخدم المعالج التدريب الجدلي، والتدريب الجزائي (النمذجة، والممارسة الموجهة، ولعب الأدوار)، مع الاختبار في بيئة طبيعية للتأكد من أن هذه المهارات تستخدم (Bellack & Hersen, 1979).

مسارات التدريب على السلوك التوكيدي:

١- التدريب بدقة على التمييز بين العدوان (أو التحدي) وتأكيد الذات.

٢- تدريب الطفل على التمييز بين الانصياع (أو الخضوع) وتأكيد الذات.

٣- استعراض نماذج المواقف المختلفة تظهر كفاءة استخدامات هذه القدرة وكيفية اكتسابها وطرق التعبير عنها.

٤- تدريب الطفل على تشكيل سلوكه تدريجياً حتى يصل إلى المستويات المرغوبة من التعبير عن هذه القدرة.

٥- التدعيم الإيجابي لمظاهر السلوك الدالة على تأكيد الذات عند الطفل، ولفت نظره إليها على أنها شيء جيد ومرغوب فيه.

٦- علاج المخاوف الاجتماعية والاستجابات العدوانية بسبب تدخلها في تعويق ظهور السلوك التوكيدي.

٧- تشجيع الطفل على تدعيم التغيرات الإيجابية التي اكتسبها تحت إشراف المعالجين أو البالغين بترجمتها في المواقف الخارجية الحية (إبراهيم وآخرون: ١٩٩٣، ١١٣-١١٤).

الفصل الحادي عشر

الإعاقة العقلية واضطرابات التواصل

- مقدمة.
- مظاهر اضطرابات التواصل لدى المعاقين عمليا.
- فنيات تحسين مهارات التواصل لدى المعاقين عقلياً.
- بعض برامج تحسين الأداء اللغوي والتواصل لدى المعاقين عقلياً.

الفصل الحادي عشر
الإعاقة العقلية واضطرابات التواصل

مقدمـة:

تعتبر مشكلة اضطراب التواصل والأداء اللغوي من أشد المشكلات التي يعاني منها الأطفال المعاقون عقلياً، حيث أنها تعوق توافق الفرد مع بيئته وتقف عائقاً أمام قدرته على التعبير عن حاجاته ورغباته وقدرته على فهم رغبات الآخرين ومعرفة العالم المحيط به.. فلقد أوضحت كثير من الدراسات العلمية التي أجريت على الأطفال المعاقين عقلياً تأخر النمو اللغوي بصفة عامة، إذ أن ارتقاء اللغة لديهم يميل إلى أن يقع في مستوى أقل من مستوى القدرات الأخرى.

ولقد أصدرت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (١٩٩٣) تعريفا اعتبرته فيدرالياً ينص على أن "الإعاقة العقلية تشير إلى نواقص جوهرية في الأداء الوظيفي الراهن، وهو يتسم بأداء ذهني وظيفي دون المتوسط يكون متلازماً مع جوانب قصور في اثنين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية التالية: التواصل، الرعاية الشخصية، الحياة المنزلية، المهارات الاجتماعية، الاستفادة من المجتمع، التوجيه الذاتي، الصحة والسلامة، الجوانب الأكاديمية الوظيفية، وقت الفراغ، العمل.. وتظهر الإعاقة العقلية قبل سن الثامنة عشرة (الشناوي: ١٩٩٦، ٥٠، Hunt & Marshall, 1994, 130).

أما منظمة الصحة العالمية World Health Organization (WHO) (١٩٩٢) فقد عرفت الإعاقة العقلية في التصنيف الدولي للأمراض International Classification of Diseases (ICD) بأنها: "حالة من توقف أو عدم اكتمال نمو العقل، والذي يتسم بشكل خاص بقصور في المهارات التي تظهر أثناء مرحلة النمو، والتي تسهم في المستوى العام للذكاء – أي: القدرات المعرفية، واللغوية، والحركية، والاجتماعية، ويمكن أن تحدث الإعاقة مصحوبة أو غير مصحوبة بأي اختلال عقلي أو بدني (منظمة الصحة العالمية: ١٩٩٢، ٨٤).

وأخيراً: فقد أقرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association في الإصدار الرابع للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية

DSM IV (١٩٩٤) ضرورة استيفاء المحكات التالية كمحكات أساسية لتشخيص الحالة على أنها إعاقة عقلية – هي:

١- أداء ذهني وظيفي دون المتوسط ونسبة ذكاء حوالي ٧٠ أو أقل على اختبار ذكاء يطبق فرديا.

٢- عيوب أو جوانب قصور مصاحبة للأداء التكيفي الراهن (أي كفاءة الشخص في الوفاء بالمستويات المتوقعة ممن هم في عمره أو جماعته الثقافية في اثنين على الأقل من المجالات التالية: التواصل، واستخدام إمكانات المجتمع، التوجيه الذاتي، والمهارات الأكاديمية الوظيفية، العمل، الفراغ، الصحة والسلامة.

٣- يحدث ذلك قبل سن ١٨ سنة (Kandall & Hammen, 1995,535, A.O.A. 1994, 40)

وعلى ذلك: فإن اضطرابات التواصل لدى المعاقين عقلياً كان علامة مميزة وأحد جوانب القصور الواضحة المميزة للإعاقة العقلية.

مظاهر اضطرابات التواصل لدى المعاقين عقلياً

من أهم مظاهر اضطراب التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى المعاقين عقليا ما يلي:

١ – التأخر اللغوي:

أهم ما يميز اللغة والكلام عند المعاق عقلياً تأخر النمو بصورة واضحة في إخراج الأصوات ونطق الكلمات الأولى والتعبير اللفظي عن الأفكار والمشاعر، فتظهر هذه العمليات في عمر متأخر – وعلى الرغم من أن تتابع هذه العمليات يسير بشكل واحد وبطريقة واحدة في كل من الطفل العادي والطفل المعاق عقلياً إلا أن الاختلاف يكون في معدل النمو فقط، فإخراج الأصوات التي لها معنى يتأخر لدى الطفل المعاق عقليا من ٧ : ١٧ شهراً عن العمر الذي تظهر فيه عند الطفل العادي، كذلك فإن إخراج الكلمات التي يظهر بين عمر ١٠ – ١٨ شهراً قد يتأخر حتى سن ٥ر٢ – ٥ سنوات لدى المعاق عقلياً (صادق: ١٩٧٨، ٢٩٤ – ٢٩٥).

ويلاحظ أن الطفل المعاق عقلياً يتأخر في نطق الكلمات الأولى، بل إن هذا التأخر هو الذي ينبه الوالدين إلى أن طفلهما معاق عقلياً، مما يسبب لهما إزعاجاً كبيراً (مليكه: ١٩٩٨) – ومن ثم: تكون الحصيلة اللغوية للطفل المعاق عقلياً ضعيفة ومتواضعة بدرجة ملحوظة، وغالبا ما تتمحور هذه المفردات حول الأشياء الملموسة أو المحسوسة، ويعاني الطفل من العجز في إيجاد مرادفات للكلمات أو الربط بين المعاني المجردة أو التصرف في النظام اللغوي (الحمزاوي: ١٩٨٤، ٧).

وقد أجرى أبيد وتو وآخرون .Abbeduto et al (١٩٨٩) دراسة استهدفت معرفة مدى علاقة اللغة الاستقبالية بالعمر العقلي لدى الأطفال المعاقين عقليا، وقد أجريت هذه الدراسة على عينة قوامها ١٢٠ طفلاً تم تقسيمهم إلى مجموعتين: المجموعة الأولى ٦٠ طفلاً في العمر المدرسي من المعاقين عقلياً نسبة ذكاءهم تتراوح ما بين ٤٠ – ٧٩، ٦٠ طفلاً من الأطفال العاديين (عمر عقلي عادي)، وبعد تطبيق مقياس لابستر للأداء اللغوي، واختبار اللغة الاستقبالية، أشارت النتائج إلى:

وجود علاقة إرتباطية سالبة بين العمر العقلي لدى المعاقين عقلياً واللغة الاستقبالية، حيث أن أطفال هذه الفئة قد أظهروا انخفاضاً كبيراً في اللغة الاستقبالية عما هو متوقع بالنسبة للعمر الزمني لديهم.

٢ – النطـق:

بالنسبة للطفل المعاق عقلياً فإنه يتأخر في بداية النطق عن الطفل العادي فلقد وجد ريللو Riello أن نسبة عيوب النطق تبلغ ٣٧% بين المعاقين عقلياً، وأن ٨١% ينقصهم الطلاقة اللفظية واستنتج أن النطق لديهم يكون متأخراً أكثر من كونه خاطئاً (في: صادق: ١٩٧٦، ٢٩٥).

وقد أكد فتزجيرلد وآخرون .Fitzgerld, et al (١٩٧٩، ١١٧٥ – ١١٨٢) هذه النتائج حيث أجرى دراسة استهدفت التعرف على تطور القدرة على النطق لدى الأطفال المعاقين عقلياً من مستويات ذكائية مختلفة – حيث أخضع ٢٢ طفلاً لبرنامج تدريبي لنطق الأصوات بعد أن قام بتقسيمهم إلى مجموعتين باستخدام مقياس ستانفورد - بينيه، الأولى: نسبة ذكائها أقل من ٥٠، والمجموعة الثانية: نسبة ذكائها بين ٥٠ – ٧٠.

وأظهرت النتائج أن أطفال المجموعة الأولى بحاجة إلى تدريب أطول مقارنة بالمجموعة الثانية كي يتمكنوا من اكتساب القدرة على نطق أصوات معينة، إذ احتاج أطفال المجموعة الأولى إلى فترة ما بين ٨٢ ــ ١٥٤ يوماً، بينما احتاج أطفال المجموعة الثانية إلى فترة ما بين ٢٤ ــ ٦٩ يوماً لإتقان نطق نفس الأصوات.. وهذا يدل على ارتباط صعوبات النطق بنسبة الذكاء.

وعلى هذا فإن الفرق في عملية النطق بين العاديين وذوي الإعاقة العقلية القابلين للتعلم هو فرق في معدل اكتساب مهارات النطق والتعبير، حيث يكون معدل اكتساب نطق الحروف بطيئاً لدى المعاقين عقلياً عما هو الحال لدى العاديين.

٣ ــ خلل بناء وتركيب الجملة:

بالنسبة للطفل المعاق عقلياً فإن تراكيب الجمل لديه تكون بسيطة محشوة بالأخطاء التي لا يرتكبها عادة مَنْ كان في مثل سنه من الأطفال العاديين: كعدم التطابق بين الفعل والفاعل، أو عدم احترام المفعول أو الزمن والخلط بين الضمائر...إلخ، كما أن الطفل المعاق عقلياً ميال إلى استعمال القوالب الكلامية الجاهزة الذي يجعل البعض يغتر بمستواه اللغوي المحشو صيغاً كلامية مألوفة متداولة في الحديث العادي، مع نزوع إلى التلاعب الصبياني في الكلام (حسناء الحمزاوي: ١٩٨٤ ، ١٧).. ففي دراسة أجراها إيفارت وآخرون .Evart et al (١٩٧١) للتعرف على ما إذا كان المعاق عقلياً يواجه مصاعب لترجمة تجربته الحياتية أم أنه عرضة لمصاعب لغوية لا تخول له امتلاك التركيبة التي يعبر بها عن أفكاره وأحاسيسه ــ حيث تمت المقارنة بين ثلاثة معاقين عقلياً مستوى ذكائهم بين ٥٠ ــ ٧٠ وأعمارهم على التوالي (٦، ١٢، ١٤ سنة)، وثلاثة آخرون من الأطفال العاديين أعمارهم (٦، ٦، ١٠ سنوات).. وتوصلت إلى أن المعاقين عقلياً غالباً ما يلجأون إلى القوالب اللغوية الجاهزة الأمر الذي ينم عن مصاعب في استخدام تراكيب شخصية تستوجب تصرفاً حقيقياً في النظام اللغوي، وهذا التصرف الذاتي يجعله يبتكر قواعد كلامية فردية تتجاوز حدود تصفيف الكلمات حسب ورودها في الجملة أو طبقاً ما ظهرت في الكلام المتداول (في: الحمزاوي: ١٩٨٤، ١٨).

وفي دراسة أجراها جراهام Graham (١٩٧١) حول خصائص القواعد والتراكيب اللغوية لدى المعاق عقلياً أشارت إلى قدرة معظم المعاقين عقلياً على اكتساب قواعد بناء

الجملة باستثناء شديدي الإعاقة الذين لا يمكنهم اكتساب أي نوع من التراكيب، ولكن اكتساب ذوي الإعاقة البسيطة (القابلين للتعلم) للتراكيب اللغوية يكون بمعدل أبطأ من اكتساب الأطفال العاديين (في: الروسان، جرار: ١٩٨٧، ٩).

وعلى هذا: فإن ذوي الإعاقة العقلية من فئة القابلين للتعلم تتغلب على تراكيب الجمل لديهم الصيغ الخاطئة المضطربة والنزوع إلى التلاعب بالألفاظ دون قدرة على الإبلاغ، وأن هذه الفئة من المعاقين عقلياً يستطيعون اكتساب التراكيب اللغوية ولكن بمعدل أبطأ من العاديين ومن هنا تأتي قيمة البرامج التدريبيۂ والعلاجية في تحسين الأداء اللغوي لديهم.

٤ ـ شيوع المشكلات اللغوية:

على الرغم من شيوع المشكلات اللغوية بين الأطفال في مختلف الأعمار، إلا أنه بالنسبة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية ـ فعلى الرغم من أن عيوب النطق لديهم هي نفس العيوب لدى العاديين من الأطفال إلا أنها توجد بمعدل أكـ ر ـ ومنها: الكلام الطفلي، وعيوب إخراج الأصوات (كالتهتهه، والإبدال، والحذف)، وكذلك النقص في مستوى التعبير (صادق: ١٩٧٦، ٢٩٤).

ولقد أجرى سبرادلين Spradlin (١٩٧٣) دراسة عن مشكلات النمو اللغوي لدى كل من الأطفال المعاقين عقلياً الملتحقين بمراكز الإعاقة الداخلية والأطفال الملتحقين بفصول مراكز التربية الخاصة النهارية ـ أشارت نتائجها إلى أن أكثر من نصف المعاقين عقلياً الملتحقين بمراكز الإعاقة الداخلية يعانون من مشكلات لغوية، في حين أن نسبة مَنْ يعانون من المشكلات اللغوية في مراكز التربية الخاصة النهارية تتراوح بين ٨ ـ ٢٦ %، وفي جميع الحالات: تبقى نسبة شيوع مشكلات اللغة لدى المعاقين عقلياً أكثر من شيوعها لدى الأطفال العاديين (في: الروسان، جرار: ١٩٨٧، ٩).

وقد أورد هلهان وكوفمان Hallhan & Kauffman (١٩٧٨: ١٢٧) دراسة أخرى أجراها سبرادلين (١٩٧٦) أشار فيها إلى أن أكثر المشكلات اللغوية شيوعاً هي مشكلات النطق والتهتهة، وقلة عدد المفردات اللغوية وضعف بناء القواعد اللغوية.

كما أورد ماكميلان دراسة أجراها جوردن Jordan (١٩٨٣) عن مشكلات النمو اللغوي لدى المعاقين عقلياً – فوجد علاقة ارتباطية بين درجة الإعاقة العقلية ومظاهر الاضطرابات اللغوية: فالأطفال ذوو الإعاقة العقلية البسيطة يتأخرون في الكلام، بينما ذوو الإعاقة العقلية المتوسطة نادراً ما تخلو لغتهم من الاضطرابات.. ويشيع البكم بين الأطفال شديدي الإعاقة، ويكون مستوى اللغة عند هذه الفئة بدائياً فهم يصدرون ألفاظاً غير مفهومة وكلامهم يعوزه المعنى المترابط (Mac Millan, 1987, 124).

وعلى هذا: فإن صعوبات ومشكلات اللغة أكثر شيوعاً بين ذوي الإعاقة العقلية بدرجة أكبر منها بين الأطفال العاديين.

٥ – اضطراب العمليات المعرفية المرتبطة بالتواصل:

أجرى كاهن Khan (١٩٩٦) دراسة استهدفت التعرف على العلاقة بين المهارات المعرفية واللغة الرمزية لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية.. وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من ٣٤ طفلاً من ذوي الإعاقة العقلية الشديدة والعميقة تتراوح أعمارهم بين ٢ر٦ – ١ر٩ سنة، طبق عليهم مقاييس هنت وأزجريس Hunt & Uzgris الخاصة باللغة الرمزية واللغة الاستقبالية – التعبيرية الظاهرة بمعرفة المعلمين العاملين بمؤسسات رعاية الأطفال – وتمت متابعتهم لمدة أربع سنوات تالية.

وقد أظهرت النتائج:

- وجود علاقة ارتباطية بين المهارات المعرفية واللغة الرمزية لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية حيث كان الوصول للمرحلة الفرعية الخامسة من المرحلة الحسية الحركية لبياجيه شرطاً ضرورياً لاكتساب اللغة الرمزية.
- أن الأطفال المعاقين عقلياً يبدون قصوراً في العمليات اللغوية الاستقبالية والتعبيرية – ويظهر هذا القصور في طريقة الكلام، وعدم الترابط بين المفردات وأنساق التخاطب والإشارات الحركية للرموز اللغوية.
- تمكن الأطفال من خلال برنامج خاص للتدريب على اللغة الرمزية من التعبير بالإشارات اليدوية المقلدة، وأن يستخدموها للتعبير مستقلة أو في تركيب.

* هذا وأجرى جراهام وجراهام Graham & Graham (١٩٩٦) دراسة استهدفت معرفة مدى إرتباط القدرة على الإدراك السمعي باكتساب اللغة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، وكانت هذه الدراسة طولية، حيث أجريت على عينة قوامها ٦ من المراهقين المعاقين عقلياً تتراوح نسب ذكائهم ما بين ٣٧ - ٦٤، وبعد تحليل السلوك اللغوي لدى هؤلاء عن طريق أخذ عينات من اللغة المنطوقة لديهم مسجلة على شرائط أسفرت النتائج عن:

- وجود علاقة ارتباطيه بين الإدراك السمعي والأداء اللغوي لدى المعاقين عقلياً، إذ كلما ضعف الإدراك السمعي ضعف بدوره الأداء اللغوي لدى هذه الفئة من المعاقين عقلياً.
- يؤثر الإدراك السمعي لدى المعاقين عقلياً في اللغة الاستقبالية لديهم.

هكذا يتضح أن الدراسات العلمية التي ركزت على خصائص الأداء اللغوي لذوي الإعاقة العقلية قد أجمعت على أن الأطفال المعاقين عقليا يتميزون ببطء في النمو اللغوي، وأنهم يتأخرون في المستوى اللغوي عن أقرانهم من الأطفال العاديين المماثلين لهم في العمر الزمني، وأن أكثر مظاهر الضعف في الأداء اللغوي كانت واضحة في اللغة الاستقبالية، والتعبيرية، وتراكيب الجمل والتواصل اللغوي.. وأن فئة القابلين للتعلم (الإعاقة العقلية المعتدلة) هم أقل الفئات في الضعف اللغوي، وأن فئة التخلف العقلي الشديد والعميق يتصفون بتدهور واضح في إنتاج واستقبال اللغة.

كما أوضحت هذه الدراسات وجود علاقة ارتباطيه بين ضعف الأداء اللغوي وضعف العمليات المعرفية الرمزية، وضعف الذاكرة قصيرة المدى والإدراك السمعي.

٦ - اضطراب مهارات التعبير اللغوي:

كما أجرى أبيدوتو وآخرون Abbedutto et al.، دراسة عام ١٩٩٤ لمعرفة مدى العلاقة بين اللغة المفهومة والوظيفة المعرفية لدى الأطفال المعاقين عقليا، وذلك على عينة قوامها ٤٢ طفلاً من المعاقين عقلياً (القابلين للتعلم)، وبعد تقييم الأداء اللغوي عن طريق تحليل متوسط المفردات، وطول وتراكيب الجملة، وفهم المواقف أسفرت النتائج عن:

- وجود علاقة ارتباطيه سالبة بين الإعاقة العقلية وتراكيب الجمل وضعف الفهم اللغوي.

- وجود علاقة ارتباطيه بين الفهم اللغوي والمهارات المعرفية (التحليل التتابعي – الذاكرة قصيرة المدى)، كما أكدت ثبات العلاقة بين الفهم اللغوي والوظائف المعرفية.

وأوصت الدراسة بضرورة تقييم الوظائف المعرفية لدى المعاقين عقلياً عند تقديم الخدمات العلاجية لتحسين الأداء اللغوي.

كما أجرى أبيدوتو وآخرون Abbeduto et al (١٩٩٥) دراسة للكشف عن دلائل الاضطراب اللغوي لدى ذوي الإعاقة العقلية وذلك من خلال تقييم مهارات اللغة التعبيرية في سياق الحديث العادي وفي سياقات سرد حكاية، وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها ٣٢ طفلاً تم تقسيمهم إلى ١٦ طفلاً من المعاقين عقلياً القابلين للتعلم أعمارهم ما بين ٩ – ١٢ سنة، ١٦ طفلاً ينمون بصورة طبيعية أعمارهم ما بين ٥ – ٩ سنوات.

وأسفرت النتائج عن:

- أن الأطفال العاديين قد أنتجوا لغة ذات تراكيب جمل أكثر تعقيداً في سرد الحكاية عما كان في لغة الأحاديث.
- أن الأطفال المعاقين عقلياً كانت قدرتهم محدودة في كل من: التعبير بالألفاظ، وتراكيب الجمل، والمفاهيم.
- كما أوصت الدراسة باستخدام سياقات الحديث وسرد الحكاية معاً في تقييم اللغة التعبيرية لدى الأطفال المعاقين عقلياً.

فنيات تحسين مهارات التواصل لدى المعاقين عقلياً

يعتبر مجال تحسين الأداء اللغوي من المجالات التي تستخدم فيها طرق وفنيات العلاج السلوكي بشكل أساسي وفعال – وأهم الفنيات التي يعتمد عليها في تحسين التواصل اللغوي لدى المعاقين عقلياً ما يلي:

١ – التدعيم:

يعني التدعيم reinforcement تقوية السلوك، أي أنه شيء ينتج عنه معنى – فهو يزيد من إمكانية وقوع السلوك مستقبلاً (مليكة: ١٩٩٨، ٩).. ويرى واطسون (١٩٨٨)

أن التدعيم يجعل السلوك خاضعاً لتحكم المنبهات الملائمة – من ثم يتوقف نجاح أو فشل أي برنامج تدريبي إنمائي على قوة وفعالية التدعيمات المستخدمة (ل.س. واطسون: ١٩٨٨، ٨١).

وتنقسم التدعيمات إلى أربعة أنواع:

١- المدعمات الأولية: وهي الأشياء الضرورية للحياة: كالطعام، والشراب، والحلوى، والراحة..إلخ.

٢- المدعمات الثانوية: وهي أشياء لا تكتسب قيمتها في حد ذاتها، بل فيما تمكن الطفل من الحصول على ما قد يرغب فيه – ومنها: النقود، الماركات والنجوم، أو مشاهدة برنامج محبب..إلخ. (وهذا النوع من المدعمات قد لا يسهل استخدامه مع المعاقين عقليا).

٣- المدعمات الاجتماعية: ومنها المدح، والابتسامات، والقبلات، واحتضان الطفل، وكل ما يشير إلى الاهتمام بالطفل.

٤- مدعمات مثيرة للانتباه Stimulating ومنها: اللعب، والعرائس، والأنشطة، والموسيقى، الألوان المبهرة.. وغيرها من المثيرات الحسية: السمعية والبصرية واللمسية (مليكة: ١٩٩٨، ١٠٠-١١).

ويشير الزيود (١٩٩٥: ٨٢-٨٣) إلى عدة قواعد لاستخدام التدعيم مع الأطفال المعاقين عقلياً – هي:

١- أن يأتي التدعيم فوراً بعد حدوث الاستجابة أو السلوك المراد تعليمه للطفل المعاق عقليا، وذلك مثل: نطق كلمة معينة – فإذا نطقها صحيحة فيتم التدعيم مباشرة، وذلك حتى يتمكن الطفل من الربط بين الاستجابة الصحيحة والتدعيم – وحتى لا يتعزز سلوكاً آخر يمكن أن يحدث بعد السلوك الأول.

٢- يجب أن نحدد السلوك المراد تعليمه للطفل المعاق عقلياً، وذلك حتى يعرف السلوك أو المهارة التي تريد تدعيمها، وحتى يفهم الأطفال الآخرون أن المدح والثناء أو التدعيم المادي الذي أخذه الطفل مرتبط بسلوك معين.

٣- يتم التدعيم في الوقت الذي يظهر فيه السلوك.

٤- يتم التدعيم وفق جدول:

- إما تدعيم مستمر: أي تدعيم الاستجابة الصحيحة كلما ظهرت.
- أو تدعيم دوري (متقطع) على فترات.

ومن المفضل مع الأطفال المعاقين عقلياً في تنمية مهارات التواصل استخدام التدعيم المستمر في البداية حتى يتم تعلم الاستجابة المرغوبة، وحتى نثبتها في المستقبل نستخدم التدعيم المتقطع.

٢ - النمذجة والتقليد:

تعتبر النمذجة Modeling إحدى الفنيات المستخدمة في تعديل سلوك المعاقين عقلياً بصفة عامة، ولها قيمتها في تحسين الأداء اللغوي بصفة خاصة.. ويرتبط بمصطلح النمذجة مصطلحان آخران هما:

- التقليد imitation.
- والتعلم والملاحظة learning by observation

ويستخدم مصطلح النمذجة ليشير إلى سلوك الفرد الذي نلاحظه أي الذي يعمل كنموذج، أما التقليد فإنه مصطلح للدلالة على سلوك المتعلم الذي يلاحظ سلوكاً معيناً ويقوم بتقليده وهو يعكس الأداء.. في حين يطلق مصطلح التعلم بالملاحظة للدلالة على التعلم الذي يحدث من ملاحظة الآخرين.. وقد يكون الأداء في هذه الحالة لاحقاً ولا يشتمل على التقليد الفوري (الشناوي، عبدالرحمن: ١٩٩٨، ١٥٥).

ويشير مليكه (١٩٩٨- ٢١٠-٢٢، ٤٣-٤٧) إلى أن المدرب يجب أن يقوم بنمذجة الفعل المطلوب من الطفل المعاق عقلياً تقليده، ثم يحث الطفل على القيام به، ويدعمه لاستجابته المستحثة، وبالتدريج: حين يكون أكثر استعداداً للقيام بالفعل المنمذج، فإننا ننقل من الحث إلى أن يقلد الطفل تماماً النموذج دون حث.. وبعد رصد خط الأساس نبدأ بتعليمه كيف يقلد الحركات أو الكلمات البسيطة (لأنها أسهل في تقليدها)، ويكرر الأداء حتى يستوثق المدرب من أن الطفل استطاع القيام بالأداء المطلوب، ثم بعد ذلك ينتقل إلى

نمذجة سلوك أكثر تعقيداً.. وهكذا.. فعند تدريب الطفل على نطق الحروف أو تقليد الصوت يقلد الطفل حركات الفم مع النطق وخروج الأصوات.. وحين يقلد صوتاً نعلمه صوتاً آخر، ثم نعلمه الجمع بين الأصوات في كلمة مثل: ما..ما... وعادة ما نبدأ بالكلمات المكونة من مقطعين أو أكثر لتكون كلمة، وعندما يجد الطفل الكلمات مفيدة له ويستخدمها تلقائيا للإشارة إلى ما يريده – فإنه يكون قد تكونت لديه بدايات الكلام.

٣ – التشكيل:

يرى مليكه (١٩٩٠، ٧٨) أن التشكيل Shaping أو التقريب المتتابع هو تدعيم السلوك الذي يقترب تدريجياً من السلوك المرغوب أو يقاربه في خطوات صغيرة تيسر الانتقال السهل من خطوة لأخرى.. ويبدأ التشكيل من النقطة التي يكون العميل عندها، ثم يتدرج في خطوة صغيرة بحيث يتغير سلوكه بيسر مع تقديم التدعيم ومعالجة الأخطاء والمشكلات في مرحلة مبكرة من الخطوات الصغيرة.

ويذكر واطسون (١٩٨٨: ٥٢ – ٥٩) أن تشكيل السلوك يعني تشكيل السلوك البسيط في سلوك أكثر تعقيداً – ويتكون من:

أ - التقريب المتتابع: ويستخدم لتعليم وحدة مفردة من السلوك، وهو يعني تدعيم السلوك الذي يجعل الطفل يقترب أكثر فأكثر من السلوك المطلوب بطريقة خطوة خطوة.

ب – عملية التسلسل: وتستخدم لوصل عدة وحدات من السلوك معاً.. وتتركز أهمية عملية التسلسل في:

- أنها تسمح للطفل بتعلم التتابع السلوكي المركب.
- أنها اقتصادية جدا فيما يتعلق بالتدعيم.. فالطفل لا يعطي غير تدعيم رئيسي واحد بعد إنتهاء التتابع السلوكي.

ويستخدم التشكيل أو التقريب المتتابع في برامج اللغة المقدمة للأطفال المعاقين عقلياً – وذلك على النحو التالي:

١- نبدأ بتدعيم الأصوات التي ينطقها الطفل – وبخاصة تلك التي تقترب من أصوات الكلام، وبعد ذلك تدعم فقط الأصوات التي تكون أقرب إلى الكلام، وبعدها تدعم فقط الكلمات التي نريده أن يتعلم نطقها (مليكة: ١٩٩٨، ٤٣).

٢- أن تتم عملية التعلم والتدريب اللغوي على أساس منظم وتتابعي بحيث تقدم للطفل المهام الأساسية قبل المهام الصعبة، ويتم التعلم على أساس التقدم خطوة خطوة.

٣- يجب أن نحدد المستوى الأفضل الذي يجب أن يعمل فيه الطفل المعاق فإذا كانت المهام اللغوية سهلة جداً فإن الطفل لن يشعر بالتحدي مما يمنعه من استخدام أقصى درجة من الجدة والقدرة، أما إذا كانت صعبة فإنها ستواجهه بالفشل وتقلل من رغبته في التعلم (الزيود: ١٩٩٥، ٩٢).

٤ – الحث:

وهو يعني مساعدة الطفل على القيام بفعل وتوجيهه خلال ذلك ثم تدعيمه بحيث يصبح أكثر عزماً على محاولة الفعل بنفسه.. وهناك ثلاثة أنواع من الحث:

أ - الحث الفيزيقي Physical Prompts: وفيه يرشد الطفل باستخدام الأيدي لتحريك أطرافه أو للقيام بالفعل الذي نريد منه أن يقوم به أو يتعلمه.

ب – الحث من خلال الإيماءة Prompting by gesture: إذ يمكن أن تساعد الإيماءات الطفل على فهم ما نريد منه عمله.. وغالبا ما تستخدم الإيماءات مع الكلمات لتوضيح المعاني.. ولكن يجب الحذر من استخدام إيماءات كثيرة قبل أن نتأكد أن الطفل يفهم الإيماءات.

ج – الحث اللفظي Verbal Prompts أي نذكر للطفل ما نريده أن يفعله بالكلمات (مليكة: ١٩٩٨، ٢٠).

ويستخدم الحث في تحسين الأداء اللغوي والتواصل غير اللفظي – فمثلاً بدلاً من "قل صباح الخير"، تصبح "قل صباح الخـ..."، ثم قل "صباح.."، ثم قل "صبـ..." وكذلك يخفف ارتفاع الصوت حتى يكاد يصبح همساً... ويرجع الكثير من الفشل إلى أخطاء توقيت وقف الحدث أو الإسراع به أو امتداده لأكثر من المطلوب.

بعض برامج تحسين الأداء اللغوي والتواصل لدى المعاقين عقلياً

توجد برامج عديدة استهدفت تحسين الأداء اللغوي أو التواصل اللفظي لدى المعاقين عقلياً – منها ما يلي:

١ – برنامج كرستين مايلز Miles, C. (١٩٨٨) لتنمية اللغة والتواصل والكلام للطفل ذي القدرات المحدودة.. حيث تضمن:

- فيما يتعلق بتعليم مهارات التواصل: التركيز على تدريب الطفل على تعلم كيف يطلب، كيف يعترض أو يرفض، التحية، إلقاء الأسئلة والإجابة عنها.
- التفاعل مع الآخرين. – تعليم التقليد.
- الفهم والصور العقلية. – البدء في استخدام الكلمات وفهمها.
- استخدام أنواع مختلفة من الكلمات.
- دفع الطفل للكلام من خلال أنشطة ونماذج للمحادثة.
- تدريب الطفل على الانتباه، الإنصات، تدريبات النطق.
- التدريب على استخدام الجمل والكلمات الوصفية.
- استخدام لغة الرمز والإشارة والصور.

٢ – برنامج كرستين مايلز Miles, C. (١٩٩٢: ٣٤-٤٩) الخاص بالطفل المعاق عقلياً وأسلوب التعامل معه – أوضحت في القسم الخاص بتحسين الأداء اللغوي للطفل المعاق عقلياً أن ذلك يتطلب التركيز على المهارات التالية:

- التقليد: أن يردد المعلم أي صوت يخرجه الطفل بنفس الطريقة، ويطلب من الطفل بدوره أن يقلد المعلم ويثني عليه ويكافأ على قيامه بذلك – وصولاً إلى تمييز الأصوات.
- التدريب على فهم المفردات واستخدامها من خلال تكرارها حتى تصبح مفردات فاعلة بعد أن كانت مفردات سلبية يستخدمها الآخرون فقط.
- تسمية الأشياء للطفل وتدريبه على التمييز بين سائر الأشياء.

- التحفيز على استعمال اللغة: بتشجيع الطفل على إعادة الكلمة.
- تطوير لغة الطفل وممارستها: فبعد أن يستوعب الطفل فكرة تسمية الأشياء يتابع المعلم تعليمه بعض كلمات الأفعال. (يأتي – يذهب – يقف – يجلس – يرفس – يرمي...إلخ). وهنا: يمكن أن يضع كلمتين في جملة (رلحث الكرة – كُل الطعام – الطفل يبكي).. ويمكن إعداد ألعاب يقوم فيها الطفل بأمور مختلفة يصفها الطفل ويقلدها، ثم تدريب الطفل على عمل طباق الكلمات (التضاد) – مثل: أعلى/ أسفل، دخول/ خروج، أمام/ خلف.
- الممارسة والتجريب: أن تتاح للأطفال الفرصة للتحدث والاستماع إليهم وهم يتحدثون.. ويترك لهم فرصة اللعب بالدمي.
- تدريب الطفل على التواصل ولو بالإشارة..

٣ – برنامج ليلى كرم الدين (١٩٩٥) للتنمية اللغوية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم بمدارس التربية الفكرية – فقد تضمن أنشطة مختلفة لتنمية المهارات اللغوية على النحو التالي:

- بالنسبة لمهارة الاستماع: استخدمت عدة ألعاب منها: لعبة الهمس، لعبة من أنا، لعبة ماذا أفعل، رواية القصة، ألعاب منتسوري الصوتية.
- وبالنسبة لتنمية مهارة التعبير والتحدث: استخدمت: الأغاني والأناشيد، التمثيل، التعبير الحر، رواية قصة مصورة متتالية، اللعب الإيهامي والتخيلي.
- وبالنسبة لأنشطة تنمية مهارات التواصل اللغوي: استخدمت لعبة التليفون، لعب التداعي الحر أو الطلاقة، استخدام الكلمات ذات المعنى الواحد أو المضاد، استخدام صيغة الجمع.
- أما الأنشطة التي تساعد على إكساب المدلولات اللفظية (المفاهيم): فقد استخدمت الأضداد (التضاد بين الكلمات)، العلاقات المكانية، والعلاقات الزمانية، والألوان والأشكال والأحجام، والمطابقة، والترتيب، والتصنيف، والعدد.

- كما استخدمت أنشطة لتهيئة الطفل للقراءة والإعداد للكتابة من خلال: البطاقات المصورة والربط بينها وبين بطاقات الكلمات المناسبة، توصيل الكلمات بالصور، تعرف الطفل على اسمه وكتابته، التدريب على قراءة الصور المتضمنة في القصص، إكمال الصور الناقصة، إيصال النقط وتتبع الحروف..إلخ.

٤ ـ برنامج مواهب، عياد، نعمة مصطفى (١٩٩٥) وقد ركز في تنمية اللغة والاتصال بهدف: زيادة الحصيلة اللغوية، وتنمية إدراك الطفل للبيئة المحيطة وذلك باستخدام شرايط كاسيت، كروت توضيحية، صور وملصقات، أغاني وأناشيد لنطق أسماء أشياء من البيئة المحيطة، والتمييز بين أصوات بعض الحيوانات، إصدار أصوات تدريبية، تقليد أصوات الكلمات التي يسمعها الطفل، استجابة الطفل لاسمه، أداء تدريبات لغوية، تكوين جمل من ثلاث أو أربع كلمات.

٥ ـ أما مليكه (١٩٩٨: ٤٣-٤٧) فقد عرض نموذجاً للتدريب على فنيات تعليم اللغة للمعاقين عقلياً فيما يتعلق بمهارتي الفهم والتعبير على النحو التالي:

- بالنسبة لإكساب الطفل مهارة الفهم – أشار إلى أن ذلك يتطلب: تدريبه على الاستجابة للتعليمات: أي انتباه الطفل لما يقال له. ويستعان في ذلك مفاهيم الحث، والإزالة التدريجية، والتدعيم – بحيث يسير التسلسل على النحو التالي:

- إعطاء التعليمات: أطلب من الطفل عمل شيء – مثل: (إجلس على الكرسي.. أعطني الكرة.. تعالى معي..).
- حث الطفل على القيام بالعمل.
- تدعيم الطفل: بعد ذلك تقلل من الحث إلى الحد الأدنى المطلوب لقيامه بالعمل كاملاً، ثم إلقائه كلية بعد ذلك.

- وبالنسبة لفهم الكلمات: نبدأ بتعليم الطفل معاني وأسماء الأشياء (كرة، كوب..إلخ)، وكيف تبدو الأشياء (فوق، تحت، أمام، خلف، بجانب...إلخ). وعلى المدرب أن يكرر التمرين فيغير الأشياء أو يغير أوضاعها، ويدعم أداء الطفل في كل مرة، مع مراعاة عدم إصابة الطفل بالملل قدر الإمكان،

- أما عند تعليم الكلام.. فقد ذهب مليكه إلى أن هناك طريقتين يمكن البدء بهما لتعليم الطفل المعاق عقلياً الكلام هما: التشكيل، والتقليد،

٦ - برنامج سهير شاش (١٩٩٨):

استهدف هذا البرنامج تنمية الأداء اللغوي لدى الأطفال المعاقين عقلياً باستخدام اللعب الجماعي الموجه. ولقد تضمن البرنامج تنمية عشر مهارات لغوية هي:

أ - مهارة التمييز السمعي.
ب - مهارة الذاكرة السمعية.
ج - مهارة اكتساب المفردات.
د - مهارة إدراك المعنى.
هـ - مهارة الفهم.
و - مهارة التعبير.
ز - مهارة التواصل اللغوي.
ح - مهارة التصنيف.
ط - مهارة التمييز البصري.
ي - مهارة الذاكرة البصرية.

وقد استخدمت فنيات سلوكية عديدة منها:

١ - التدعيم. ٢ - التشكيل. ٣- الحث. ٤- النمذجة
٥ - لعب الدور.

كما استخدمت أدوات عديدة منها:

١- جهاز تسجيل وشرائط مسجلة.

٢- أدوات حقيقية: أقلام، مساطر، فرش أسنان، مشابك، صناديق، أكواب، أطباق وأوعية مطبخ، برطمانات.

٣- صور ورسوم وبطاقات ولوحات للأشياء والحيوانات، والطيور.

٤- لعب أطفال: أقنعة، أدوات منزلية وأدوات الحرفيين (لعب).

٥- مواد مختلفة الأنواع (حقيقية): فول، فاصوليا، بازلاء، خضروات: طماطم، جزر، فلفل، بسلة، بطاطس...إلخ.

وتستخدم هذه الأدوات حسب كل لعبة.

أما **محتوى البرنامج** فقد تضمن ٣٠ لعبة (ثلاث ألعاب لكل مهارة من المهارات اللغوية التي سبق تحديدها في أهداف البرنامج).. تشتمل على أنشطة لغوية، ألعاب تمثيلية (درامية)، أغاني وأناشيد. وكلها ألعاب جماعية يشترك فيها جميع أفراد العينة (المجموعة التجريبية) معاً بتوجيه من الباحثة..

وقد روعي في جميع الأنشطة أن يتوافر فيها مجموعة من الأسس حتى تتحقق فاعلياته في تحسين الأداء اللغوي والتواصل – وهي:

١- أن تركز جميع أنشطة اللعب على المهارات اللغوية (استماع، فهم، تعبير لغوي...إلخ) وتسعى إلى تحسين الأداء اللغوي أو إحدى مهاراته.

٢- أن تعتمد أنشطة اللعب على أكبر قدر ممكن من الصور والأدوات حتى تكون محسوسة للطفل المعاق عقلياً لضمان أكبر قدر ممكن من الإيجابية من جانبه.

٣- أن تكون الكلمات والمفردات والمفاهيم محددة في كل نشاط أو لعبة حتى لا يرتبك الطفل، وعدم استخدام كلمات بمعنيين مختلفين في لعبة واحدة أو نشاط واحد.. ولذا: "ففي المراحل الأولى يتم ربط المثير باستجابة واحدة.. وإذا وجدت كلمة معينة تستعمل للدلالة على معنيين فمن الأفضل استعمالها في المعنى الأول حتى يتمكن الطفل من تعلمها ثم يتم تعلمها في المعنى الثاني في مناسبات ومواقف أخرى".

٤- أن تسمح أنشطة اللعب للأطفال بالحديث والتفاعل الجماعي في التعبير عن الذات أثناء اللعب وأن يشارك الطفل في كل نشاط أو لعبة بمجهود خاص للتعبير أو التعليق اللفظي لزيادة مفرداته وزيادة فهمه للمواقف ومساعدته على تذكره والتعرف على الأشياء وتكوين المفاهيم لديه.

٥- أن تناسب أنشطة اللعب مستوى فهم ومدركات الأطفال المعاقين عقليا حتى لا تتحدى قدراته وتشعره بالفشل.

٦- أن يزود الطفل بالتغذية الرجعية الفورية immediately feedback بشأن صحة أو خطأ الألفاظ أو الإجابات التي تقدم وذلك لتشجيعه على الاستمرار في اللعب.

٧- أن ترتبط أنشطة اللعب بقدر معقول – بالخبرات المباشرة للطفل، وأن ترتبط الكلمات والمفاهيم الجديدة بحاجات الطفل ورغباته الفردية وتتلاءم مع الأحداث اليومية وترتبط بعلاقاته مع أفراد الأسرة والمجتمع.

٨- أن تندرج أنشطة اللعب من السهل إلى الصعب حتى يتمكن الطفل من استيعابها لكي توفر له فرصاً للنجاح ما أمكن، وأن تقدم الخبرة اللغوية على أجزاء بالترتيب ولا ننتقل من جزء إلى جزء آخر إلا بعد التأكد من نجاح التعلم في الجزء الأخير.

٩- أن يعتمد تنفيذ كل نشاط من أنشطة اللعب على التكرار للمفردات والمفاهيم الجديدة مع ربطها بما سبقها من مفردات ومفاهيم وذلك لتنمية القدرة على التذكر اللفظي عند الطفل المعاق عقليا.. وفي حالة التكرار – لأنشطة اللعب – يتم توزيع عمليات التكرار على فترات زمنية بدلاً من تكثيفها في وقت قصير.. وعند استخدام مفهوم جديد نعود إليه مرات ومرات وفي مناسبات مختلفة وأوقات متعددة وضمن مواقف جديدة وذلك لنقل أثر التعلم للمواقف الجديدة.

الفصل الثاني عشر

الإعاقة السمعية واضطرابات التواصل

- مقدمة.
- تعريف الإعاقة السمعية وفئاتها .
  - المدخل التربوى.
  - المدخل الطبى .
- مظاهر اضطرابات اللغة لدى المعاقين سمعياً .
- علاج اضطرؤابات التواصل :
  1. استخدام المعينات السمعية .
  2. التدريب السمعى (العلاج السمعى الشفهى) .
  3. التواصل الشفهى (قراءة الشفاه).
  4. أساليب التواصل اليدوى :
     أ. هجاء الأصابع .
     ب. التواصل الكلى .

الفصل الثاني عشر

الإعاقة السمعية واضطرابات التواصل

مقدمة

يرتبط التعليم واكتساب اللغة بشكل أساسي بحاسة السمع ، فالإنسان يتلقى معظم المهارات و المعارف من خلال السمع بل أن تقليد الأصوات وتعلم الكلام لا يتم إلا عن طريق السمع، فالطفل الأصم لا يستطيع الكلام لعدم قدرته على سماع الأصوات ؛ لذا فإن لحاسة السمع الأهمية الأولى في اكتساب اللغة و التعلم .. وقد ورد تقديم حاسة السمع في القرآن الكريم على بقية الحواس في كثير من آيات الذكر الحكيم:

قال تعالى :- (وَجَعَلَ لَكُمُ السَّمْعَ وَالأَبْصَارَ وَالأَفْئِدَةَ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ) (النحل ، ٧٨) ، وقال تعالى: (إِنَّ السَّمْعَ وَالْبَصَرَ وَالْفُؤَادَ كُلُّ أُولَـئِكَ كَانَ عَنْهُ مَسْئُولاً) (الإسراء ، ٣٦) ، وقال تعالى: (وَهُوَ الَّذِي أَنشَأَ لَكُمُ السَّمْعَ وَالْأَبْصَارَ وَالْأَفْئِدَةَ قَلِيلًا مَّا تَشْكُرُونَ) (المؤمنون ، ٧٨).

ومما يدل على أهمية السمع هو أن حاسة السمع تتكون لدى الإنسان وتستجيب للأصوات منذ الولادة بل أن هناك دراسات تشير إلى وجود هذه الحاسة أثناء وجود الجنين في رحم أمه (جمال الخطيب ، ٢٠٠٥) ، والنمو المعرفي والاجتماعي للإنسان خاصة في سنوات العمر الأولى يعتمد على السمع حيث يتفاعل مع الأصوات التي يسمعها ويبدأ في اكتساب مهارات ومعلومات تحقق له التواصل مع المحيطين به . لذا : فإن فقدان حاسة السمع أو ضعفها يؤدى الى عدم اكتساب اللغة واضطراب التواصل مع المجتمع مما يستوجب معه الكشف عن شكل هذا الاضطراب ، والتعرف على أساليب تنمية التواصل لدى الطفل الأصم .

تعريف الإعاقة السمعية وفئاتها

تعددت التعريفات و المفاهيم التي تناولت مصطلح الإعاقة السمعية، التي يمكن تناولها من خلال مدخلين رئيسيين هما المدخل التربوي والمدخل الطبي.

أ- المدخل التربوي:

يركز المفهوم التربوي علي العلاقة بين فقدان السمع وتعلم اللغة والكلام ، وقد عرف مصطفى فهمي (١٩٨٠) الإعاقة السمعية بأنها خلل وظيفي في عملية السمع نتيجة

للأمراض أو لأي أسباب أخرى يمكن قياسها عن طريق أجهزة طبية ، ولذلك فهي تعوق اكتساب اللغة بالطريقة العادية.

يذكر عبد العزيز الشخص (١٩٨٥) أن الشخص المعاق سمعياً هو من حُرم حاسة السمع منذ ولادته أو قبل تعلمه الكلام ، إلي درجة تجعله - حتى مع استعمال المعينات السمعية - غير قادر علي سماع الكلام المنطوق ، ومضطراً لاستخدام الإشارة أو لغة الشفاه أو غيرها من أساليب التواصل.

ويوضح فتحي عبد الرحيم (١٩٩٠) أن المنظور التربوي للإعاقة السمعية يركز علي العلاقة بين فقدان السمع وبين نمو الكلام واللغة ، فالأطفال الصم الذين لا يستطيعون تعلم الكلام واللغة إلا من خلال أساليب تعليمية ذات طبيعة خاصة ، وقد أصيبوا بالصمم قبل تعلم اللغةPre lingual ، أما ضعاف السمع فهم الأطفال الذين يتعلمون الكلام واللغة بالطريقة النمائية العادية أو أصيبوا بالإعاقة السمعية بعد تعلم اللغة Post lingual .

ويعني ذلك أن الطفل الذي افتقد السمع منذ ولادته يكون له خصائص وصفات يختلف فيها عن الطفل الذي افتقد حاسة السمع بعد تعلم الكلام، فالطفل المحروم من حاسة السمع منذ الميلاد لم تتكون لديه أية معلومات عن البيئة التي يعيش فيها، وبالتالي فإنه يعيش في عالم صامت خالٍ من الأصوات - بعكس الطفل الذي حرم من حاسة السمع بعد نمو اللغة عنده في أي مرحلة ، فإنه قد تكونت لديه خبرات تساعده علي أن يكون أكثر توافقا واندماجاً مع مَن يحيطون به عن الآخر.

وحيث أن الإعاقة تشمل الصمم الكلي بالإضافة إلي الصمم الجزئي (ضعف السمع) ، فإن إيضاح مفهوم الإعاقة السمعية يقتضي بالتالي إيضاح مفهومي الصمم وضعف السمع

- الصمم Deafness :

يُعرف الصم بأنهم :

- أولئك الأشخاص الذين يولدون ولديهم فقدان سمع مما يترتب عليه عدم استطاعتهم تعلم اللغة والكلام.

- أولئك الأشخاص الذين أصيبوا بالصمم في طفولتهم قبل اكتساب اللغة والكلام.
- أولئك الذين أصيبوا بالصمم بعد تعلم اللغة والكلام مباشرة لدرجة أن آثار التعلم قد فقدت بسرعة .

ويعرف محمد عبد المؤمن (١٩٨٦ ، ٦٧) الطفل الأصم بأنه : من فقد حاسة السمع لأسباب وراثية فطرية أو مكتسبة سواء منذ الولادة أو بعدها، الأمر الذي يحول بينه وبين متابعة الدراسة وتعلم خبرات الحياة مع أقرانه العاديين، وبالطرق العادية ولذا فهو في حاجة إلى تأهيل يناسب قصوره الحسي.

وتقدم موسوعة التربية الخاصة تعريفا للأصم تعريفا مؤداه أن الأطفال الصم هم الأشخاص الذين يعانون من نقص أو إعاقة في حاستهم السمعية بصورة ملحوظة، لدرجة أنها تعوق الوظائف السمعية لديهم ، وبالتالي فإن تلك الحاسة لا تكون الوسيلة الأساسية في تعلم الكلام واللغة لديهم. (عادل عز الدين الأشول، ١٩٨٧: ٢٤٥).

ويضيف عبد الرحمن سيد سليمان (١٩٩٩، ٨٦) لتعريف الأصم من الجانب التعليمي بأنه الفرد الذي فقد حاسة السمع لأسباب وراثية فطرية أو مكتسبة سواء منذ الولادة أو بعدها الأمر الذي يحول بينه وبين متابعة للدراسة وتعلم خبرات الحياة مع أقرانه العاديين وبالطرق العادية ولذلك فهو في حاجة ماسة إلى تأهيل يتناسب مع قصوره الحسي.

- ضعف السمع **Hard of Hearing :**

يُعرف ضعاف السمع بأنهم : " أولئك الأطفال الذين تكون قد تكونت لديهم مهارة الكلام والقدرة علي فهم اللغة ، ثم تطورت لديهم بعد ذلك الإعاقة السمعية ، مثل هؤلاء الأطفال يكونون علي وعي بالأصوات ولديهم اتصال عادى - أو قريب من العادي - بعالم الأصوات الذي يعيشون فيه.

وقد ذكر البعض أن ضعاف السمع هم الأطفال الذين تكون حاسة السمع لديهم - رغم أنها قاصرة - إلا أنها تؤدى وظائفها باستخدام المعينات السمعية أو بدون استخدام هذه المعينات.

ويعرف مصطفي فهمي (١٩٨٠) ضعاف السمع بأنهم أولئك الذين يكون لديهم قصور سمعي أو بقايا سمع، ومع ذلك فإن حاسة السمع لديهم تؤدى وظائفها بدرجة ما، ويمكنهم تعلم الكلام واللغة سواء باستخدام المعينات السمعية أو بدونها ، ويعني ذلك أن المعاق سمعيا يعاني عجزاً أو اختلالاً يحول دون استفادته من حاسة السمع لأنها معطلة لديه، ويتعذر عليه أن يستجيب استجابة تدل علي فهمه الكلام المسموع، ومن ثم فهو يعجز عن اكتساب اللغة بالطريقة العادية، بمعنى أن ضعيف السمع بإمكانه أن يستجيب للكلام المسموع استجابة تدل علي إدراكه لما يدور حوله شريطة أن يقع مصدر الصوت في حدود قدرته السمعية.

ولقد تم الاتفاق علي تعريف ضعاف السمع بأنهم : " الذين لديهم سمعاً ضعيفاً لدرجة تجعلهم يحتاجون في تعليمهم إلي ترتيبات خاصة أو تسهيلات ليست ضرورية في كل المواقف التعليمية التي تستخدم للأطفال الصم ، كما أن لديهم رصيداً من اللغة والكلام الطبيعي" .

وعلى ذلك فإن : ضعاف السمع هم الذين يتسمون ببعض صعوبات في الكلام والنطق بسبب وجود عجز أو نقص في حاسة السمع بدرجة لا تسمح لهم بالاستجابة الطبيعية للأغراض التعليمية والاجتماعية، إلا باستخدام وسائل معينة.

ب - المدخل الطبي

يتعلق المفهوم الطبي للإعاقة السمعية بالعجز والتلف السمعي نتيجة لسبب عضوي ولادى أو مكتسب، وفيما يلي عرضا لمفهومي الصمم والضعف السمعي من الناحية الطبية:

- الصمم :

يشير المتخصصون إلي أن الأصم هو من تعدت لديه عتبة الحس السمعي ٩٠ديسيبل Decibel على جهاز الأديوميتر في ترددات اللغة، وهو المعوق سمعياً الذي مهما كانت درجة التكبير المقدمة له ، لن يكتسب اللغة عن طريق القناة السمعية وحدها بل لابد من اللجوء إلي الحواس الأخرى كالبصر، واللمس ، والإحساسات العميقة. ويصفهم هل وآخرون .Hall et al (١٩٩٦) بأنهم الذين لا يسمعون بكلتا الأذنين، وتكونان غير

قادرتين تماما على الاستقبال أو التعامل مع الأصوات البشرية حتى مع أقصي درجة في التكبير السمعي.

ويرى البعض أن الأصم هو الشخص الذي يعجز سمعه عند حد معين (٧٠ ديسيبل) عن فهم الكلام عن طريق الأذن وحدها، أي بدون استخدام معينات سمعية.

وقد يسمع الأطفال من هذه الفئة بعض الأصوات العالية ولكنهم في الحقيقة يدركون اهتزاز الصوت أكثر من معرفته ، ويعتمدون على قدراتهم البصرية عوضاً عن القدرات السمعية للتواصل مع الآخرين ، وهذا النوع من الضعف يعد إعاقة حقيقية للغة وللكلام. لذلك فهم بحاجة إلى إلحاقهم إلى مدارس الصم التي تشمل برامجها تطوير مهارات اللغة وقراءة الشفاه والكلام وتدريبات التآزر بين الاتصال الشفهي والإشارة وتدريب السمع الجماعي أو الفردي .

وعلى ذلك فإن الصم هم أولئك الذين يتعطل لديهم المجال السمعي نتيجة ظروف طبيعية ولادية أو مكتسبة بيئية وبالتالي فإنهم فقدوا القدرة السمعية، حتى مع استعمال معينات في أقصى حدودها التكبيرية.

- ضعف السمع :

يعرف جاكسون Jackson (1997) ضعيف السمع بأنه ذلك الشخص الذي فقد جزءا من سمعه بالرغم من أن حاسة السمع لديه تؤدى وظيفتها، ولكن بكفاءة أقل ويصبح السمع لديه عادياً عند الاستعاضة بالأجهزة السمعية.

يعرف ايسلديك وآخر Eysseldyke et al. ضعيف السمع بأنه هو الشخص الذي يعجز سمعه بمقدار فقد فى السمع (٣٥ - ٦٥ ديسيبل) ، مما يصعب عليه فهم الكلام، ولكن ليس إلي الحد الذي يضطره إلي استخدام أداة سمعية، بمعني أنه مازال يستطيع فهم الكلام عن طريق الأذن ولكن بصعوبة.

ويشير جمال الخطيب (٢٠٠٥) إلى ضعف السمع بأنه فقدان سمعي يبلغ من الشدة درجة يصبح معها التعليم بالطرائق العادية غير ممكن وغير مفيد ، وبالتالي فلابد من تقديم البرامج التربوية الخاصة ، وتكون درجة الفقدان السمعي لدى ضعاف السمع تتراوح بين ٢٦ - ٨٩ ديسيبل.

وتوجد تصنيفات متعددة لمستويات الضعف السمعي ، وأشهر هذه التقسيمات :

١. فقدان السمع البسيط جداً (من ٢٥ إلى ٤٠ ديسيبل):

يتأثر انتباه الأطفال من هذه الفئة ، مع حدوث انفصال عن البيئة نتيجة لعدم تمييز أصوات البيئة المحيطة بهم بوضوح. ويجدون صعوبة في سماع أو تمييز الصوت الخافت؛ أو الكلام الصادر عن بُعد . ويمكنهم التعلم واكتساب اللغة وفهم الكلام باستخدام المعينات السمعية ، ومن الناحية الاجتماعية يمكن لهؤلاء الأطفال التغلب على مشكلة التخاطب بمجرد اقترابهم من الشخص المتحدث أو باستخدام المعينات السمعية.

٢. فقدان السمع البسيط (من ٤٠ إلى ٥٥ ديسيبل) :

يصبح تفاعل الأطفال الاجتماعي من هذه الفئة أكثر صعوبة ، إذ يصعب استخدامهم للسمع لإدراك أصوات البيئة من كل الاتجاهات ، أو متابعة الكلام من حولهم في حالة انخفاض الصوت أو وجود ضوضاء ، وفي كثير من الأحيان يفقدون حوالي ٥٠% من الكلام الدائر حولهم . ولو استخدم هؤلاء الأطفال المعينات السمعية فإنهم يستطيعون متابعة حديث شخص واحد فقط ولكنهم لا يستطيعون متابعة حديث مجموعة من الأفراد. ومن الضروري الانتباه إلى تطوير مفرداتهم وتوفير مقاعد وإضاءة جيدة في الفصول تساهم في تحسين التعلم، وقد يستفيد الأطفال من تعلم قراءة الشفاه وقد يحتاجون إلى تصحيح الكلام.

٣. فقدان السمع بدرجة متوسطة (من ٥٦ الى ٧٠ ديسيبل) :

يجد هؤلاء الأطفال صعوبة أكبر في التواصل ، حيث أنهم يعانون صعوبة واضحة في الكلام واللغة الاستقبالية والتعبيرية ، إذ يعانون من اضطرابات في اللغة والكلام ، مع ضعف الحصيلة اللغوية حيث أن مفرداتهم محدودة ، ولا يستطيعون فهم الكلام إلا إذا كان المتحدثان يتكلمان بصوت مرتفع ، ولا بد أن يلحقوا بفصول التربية الخاصة ليحصلوا على تدريبات خاصة لتحسين مهاراتهم اللغوية ؛ والقراءة والكتابة ؛ وقراءة الشفاه ؛ وتصحيح النطق بالاستعانة بالمعينات السمعية .

٤. **فقدان السمع الشديد (من ٧٠ إلى أقل من ٩٠ ديسيبل) :**

يعانى أطفال هذه الفئة من صعوبات بالغة في سماع الأصوات، وتمييزها ولو على مسافة قريبة ، ويعانون صعوبات في النطق والكلام ، ويصبح اتصال هؤلاء الأطفال الشخصي بالآخرين و البيئة صعباً ، حيث يجب عليهم أن يعتمدوا على الوسائل الحسية الأخرى غير السمعية كالبصر و اللمس، وقد يُلحق بعض الباحثين أطفال هذه الفئة ضمن الصم حيث أنهم يحتاجون الى خدمات التربية الخاصة بالصم .

ويصف حسن سليمان (١٩٩٨) شكوى ضعاف السمع بأنها نتيجة للمعاناة من ضعف في السمع بالأذنين علي آلا تقل درجة الفقدان في الأذن الأحسن سمعاً عن ٤٠ وحدة سمعية أو أكثر ، وذلك يخرج عن نطاق تقدير كل مصاب بضعف أو صمم في أذن واحدة فقط مهما كانت درجته .

وعلى ذلك فإن ضعيف السمع هو الذي فقد قدراً من الإحساس السمعي ، ولكنه إذا زُود بالمعين السمعي المناسب، يكون قادراً علي اكتساب اللغة عن طريق السمع أساساً، ويستخدم الحواس الأخرى كقنوات مدعمة.

ويتضح مما سبق أن نسبة السمع المتبقية لدي الفرد تعد من أهم العوامل التي تفضل بين الصمم وضعف السمع، إلا أنها في الواقع ليست كل شيء ، فهناك عوامل أخرى منها: وقت حدوث ضعف السمعي، قبل أو بعد اكتساب اللغة، وفترة بقائه واستمراره، ومتى تم اكتشاف الإعاقة؛ والتدخل العلاجي المبكر، ومدى فاعليته، وحماس الأسرة وتفاعلها في العلاج للتقليل من آثار تلك الإعاقة، كما تعتمد أيضاً علي القدرات العقلية والحالة النفسية والانفعالية للمعاق سمعياً؛ والتي تؤثر علي إدراكه وقدراته التعليمية.

مظاهر اضطرابات اللغة لدى ذوى الإعاقة السمعية

١. **تأخر النمو اللغوي**

يفتقر المعاق سمعياً الى اللغة اللفظية واكتساب المفردات ، ونقص الحصيلة اللغوية التي يمكن التعبير بها . وإذا كان الطفل العادي يستطيع في سن خمس سنوات أن يعرف ما يزيد عن ٢٠٠٠ كلمة ؛ فإن المعاق سمعياً لا يعرف أكثر من ٢٠٠ كلمة ، وبدون تعليم لغوى فإن الطفل الأصم يعرف أقل من ٢٥ كلمة فقط. تتطور المفردات عند الأطفال الذين

يعانون من الضعف السمعي بشكل أبطأ من المعدل الطبيعي ، ونلاحظ أن تعلمهم الكلمات المحسوسة مثل : قطة ، يقفز ، خمسة ، أحمر... أسهل من تعلم الكلمات المجردة مثل : قبل ، بعد وغيرها. ويظهر لدى هؤلاء الأطفال صعوبة في معرفة وظائف الكلمات مثل : أدوات التعريف ، فهم الكلمات متعددة المعاني.

٢- الجمل والتراكيب اللغوية

يبدى المعاقون سمعياً اضطراب سياق الجمل والتراكيب اللغوية ، فبعض هؤلاء الأطفال يفهمون ويتكلمون الجمل القصيرة سهلة التركيب ؛ ولكنهم يجدون صعوبة في فهم الجمل المعقدة في تركيبها النحوي ، ويخلطون بين الكثير من القواعد البسيطة مثل : المبني للمجهول ؛ والضمائر ؛ وأسماء الإشارة ؛ وأدوات الاستفهام ؛ وحذف حروف الجر والعطف ؛ والخلط بين المذكر والمؤنث وظروف الزمان والمكان . كما أنهم يجدون صعوبة في ترتيب الكلمات في جمل ؛ وفى إدراك التراكيب اللغوية المعقدة ، كما يجدون صعوبات في سماع أو نطق أواخر الكلمات مما يؤدي إلى سوء الفهم وعدم وضوح الكلام.

٣- النطق

من الطبيعي إذا لم يسمع شخص ما اللغة المنطوقة العادية فإنه لا يستطيع أن يتكلم بفهم وإدراك، ويشوب كلامه ضجيج بدائي تميزه نغمات مشحونة بالانفعالات، ومن ثم فإن طبيعة النطق لدي الأطفال المعاقين سمعياً يشوبها اضطرابات نطق كثيرة ،إذ يصعب على هؤلاء الأطفال سماع بعض الأصوات الساكنة مثل : السين ؛ والشين ؛ والفاء ؛ والتاء ؛ والكاف ، ولهذا لا تظهر هذه الأصوات في كلامهم ، مع صعوبة فهم ما يقولون وفهم ما يقوله الآخرون لهم. ولأنهم لا يسمعون أصواتهم بشكل واضح فقد يتكلمون بدرجة صوتية أو بسرعة أو بنبرة صوتية غير ملائمة ، بالإضافة لذلك : فإن المعاقين سمعياً يعانون من عيوب النطق (حذف ، إبدال ، إضافة ، تشويه) ، وغالباً ما يحذفون نهايات الكلمات .

٤.اضطرابات الصوت

وتظهر في عدم الاتساق في نبرات الصوت : إذ يشيع بين المعاقين سمعياً بطء الصوت ، والصوت الضعيف ، والنغمة الأحادية ، وازدياد رنين الأنف ، واستخدام الأصوات المتحركة أكثر من الساكنة ، وعدم التمييز بين الأصوات المجهورة والمهموسة.

٥.القدرة التعبيرية

يلاحظ إخفاق الطفل المعاق سمعياً في الكلام في السن العادي مثل أقرانه ، وعدم قدرته علي تفهم كلام الآخرين، وانعدام تجاوبه وتمييزه للأصوات، ويدخل هذا الطفل المدرسة دون رصيد لغوي ويعتمد ذلك بصفه أساسية علي درجة تنبيه حواسه الأخرى ، وتدريب أعضاء النطق لديه.

لذا نجد أن القدرات التعبيرية لدي ذوي الإعاقة السمعية تكون محدودة بسبب تأخر مستواهم اللغوي وأخطاء النطق لديهم ، فالطفل المعاق سمعياً قد يتسم بضعف لغة الحديث لديه، ومرجع ذلك لوجود خلل واضطراب في إيقاع الكلمة وقوتها وطبقتها ، ومن ثم : فإن تدريب الطفل علي بعض العلامات الإيقاعية للكلام باستخدام حاسة البصر مع المبالغة في حركة الشفاه، تعد طريقة لتمرين الطفل علي اللغة بمدركاتها ، كما أن كثيرا منهم يحتاجون الى التشجيع الكافي ليشاركوا في الحوار، وكذلك بأن بعضهم ليست لديه القدرة علي نقل الرسائل والأفكار بشكل متسلسل علي النقاط المهمة في الموضوع أو كيفية استخلاص الأفكار الرئيسية منه للتعبير عنها ، بالإضافة لكونهم لا يتقنون إعطاء التعليمات.

وفقدان السمع يؤثر ليس فقط علي القدرة اللفظية لأصوات الكلام ، بل يغير أيضاً من القدرة علي تعلم إيقاع الكلام والتعبير الشفوي عن اللغة ، فالطفل الأصم يتذكر الكلمات التي لها مقابل في لغة الإشارة ، كما أن لديه القدرة علي تذكر الأشكال أكثر من تذكره الأرقام ، وهو يشعر بذبذبات الصوت عن طريق الجلد والعظام من خلال مرورها في الجهاز العصبي ، إلا أن هناك فئات يستطيعون من خلال التدريبات والتمرين اكتساب

قدرة كبيرة علي الكلام بالرغم من كونهم من الصم . ويتوقف نمو كل عناصر اللغة علي تغيرات النمو للجهاز العصبي المركزي.

٦ـ القدرة على الفهم

حيث أن اللغة وسيلة لتفاعل الإنسان مع بيئته التي يعبر من خلالها عن أفكاره ورغباته وميوله، فإن السمع هو حالة وسيطة للكلمة، والتي تعبر عن معني هو نتاج العقل وليس الخيال، ومعاناة المعاقين سمعياً من صعوبات تتعلق بالمعاني الكلية للكلمات يرجع الى أن حاسة السمع هي النافذة الأولي لاستقبال المعاني والتصورات الكلية ، فمن هؤلاء الأطفال مَن حدثت إعاقته في سن مبكرة، ومنهم مَن حدث إعاقته في سن متأخرة بعد أن تعلم الكلام، وهذا النوع من الإعاقة يقتصر أثره علي عدم القدرة علي فهم الكلام المسموع وصعوبة في التعبير عن أفكاره بصورة مناسبة بالإضافة إلي الحرمان من تعلم مفردات وكلمات جديدة. لذا : تعتمد قدرة المعاق سمعياً على الفهم علي تحليل نوع الأخطاء التي يرتكبها هؤلاء الأطفال، وعددها أثناء تعبيرهم وكتابتهم .

٧. اكتساب المفاهيم

أشارت الدراسات إلى أن الصم يكتسبون المفاهيم بنفس درجة التسلسل التى لدى العاديين إلا إن اكتساب الصم للمفاهيم المختلفة يتم فى أعمار زمنية اكبر من العاديين، كما إنهم يعانون من صعوبات فى اكتساب المفاهيم المتناقضة والمفاهيم المتشابهة ودمج بعض المفاهيم مع بعضها البعض. ويتضح: أن فقدان السمع بما يمثله مَن تعطيل للجهاز السمعي، يمثل تعطيلاً لجزء من الكل مما قد يؤثر بدورة علي القدرات العقلية لدي الطفل الأصم بعملياتها المختلفة، وقد يؤدي هذا إلي اضطراب تلك القدرات، وأن يصبح نموها غير كامل وغير ناضج، كمرجعية لقصور الإدراك اللحظي البيئي المكتسب من خلال التفاعلات اليومية والمواقف الحياتية المعاشة، ولذلك قد يوصف الصم بسمة المهارة في الحرفة والعقلية ذات الذكاء الحاد.

٨. اللغة المكتوبة

بصفة عامة تؤثر الإعاقة السمعية على اللغة المكتوبة لدى المصابين بها ، ويظهر ذلك في : طريقة وأسلوب الكتابة التى يستخدمها المعاقون سمعياً : فالجمل لدى المعاقين

سمعياً أقصر من تلك التى لدى العاديين ، وهم يقومون بتكوين وبناء جمل بسيطة وغير مركبة ، ولا يستخدمون جملاً كثيرة في الكتابة ، والتركيبات اللغوية للمعاقين سمعياً تكون غير مترابطة ومفككة كلما زادت حدة الإعاقة السمعية .والمعاق سمعياً يقع في الكثير من الأخطاء اللغوية عند الكتابة.

تأثير الضعف السمعي على الاتصال بالآخرين:

يؤثر الضعف السمعي على المهارة الاجتماعية للمعاقين سمعياً : فالأطفال ذوى الضعف السمعي الشديد أو الكلي يشعرون بعزلة لجتماعية كبيرة مع محدودية أصدقائهم. أما الأطفال ذوو الضعف السمعي الطفيف و المتوسط والملحوظ ، فتظهر لديهم المشكلات الاجتماعية أكثر من الفئات التي تعاني من ضعف سمعي شديد.

علاج اضطرابات التواصل لدى المعاقين سمعياً

١. استخدام المعينات السمعية

المعينات السمعية هى الأدوات التى تستخدم لتمكين الصم جزئياً أو ضعاف السمع من الاستماع ومن ثم التواصل مع الآخرين . وقد أوردت لينا صديق أهم المغينات السمعية التى تساعد المعاقين سمعياً على التواصل ما يلى :

أ. السماعات الطبية.

ب. أدوات الاتصال عن بعد.

ج .معدات مساعدةعلى الحياة اليومية .

أ. السماعات الطبية:

تساعد السماعات الطبية المعاقين سمعياً على استغلال بقايا السمع فى التواصل ، فهى تعمل على تضخيم الصوت لتسمح بالاستماع الى الصوت والتفاعل معه . وتتركب السملعة الطبية من : ميكروفون ، مضخم للصوت ، مستقبل لنقل الأصوات ، بطارية لتزويد الأجزاء الكهربية بالطاقة .

وللسماعات الطبية أنواع عديدة منها : سماعات خلف الأذن ، وسماعات داخل الأذن، وسماعات داخل القناة السمعية ، وسماعات الجيب .

وقد ذكر عبد الله الصقر (٢٠٠٦) الكيفية التي تستخدم بها السماعة مع الطفل لأول مرة :

١. ابدأ في مكان هادئ من دون ضوضاء .
٢. التدرج من الأماكن الهادئة إلى كثيرة الضوضاء .
٣. الاستماع لمصدر صوت في غرفة هادئة.
٤. الاستماع إلى محادثة بسيطة بين شخصين.
٥. الاستماع إلى لعبة تصدر صوتا.
٦. الاستماع للآخرين من مواقع ومسافات مختلفة .
٧. الاستماع لشخص يتكلم والماء يجري .
٨. الاستماع لتلفزيون في غرفة هادئة .
٩. الاستماع للآخرين أثناء فترة الغداء .
١٠. الاستماع لمحادثة ثلاثة أشخاص ثم أربعة .
١١. الاستماع في الخارج مثل شارع الحي .
١٢. الاستماع في السيارة و الشباك مغلق .
١٣. الاستماع في السيارة و الشباك مفتوح .
١٤. الاستماع في السوق أو البقالة .
١٥. الاستماع إلى الآخرين في مناسبة عامة.

- **كما أورد طرق الحصول على استماع جيد بواسطة السماعة الطبية – على النحو التالى ؟**

١. كن قريبا من مصدر الصوت أو المتحدث .
٢. وجه السماعة تجاه المتحدث أو المصدر .

٣. ابعد الطفل بقدر الإمكان عن مصادر الإزعاج كالمحركات ، الشبابيك المفتوحة ، المراوح ، المكيفات ، والآلات .

٤. أغلق ما استطعت مصادر الإزعاج عن الطفل عند الحديث معه كالتلفزيون والراديو.

٥. تحدثا وجها لوجه .

٦. أخبر الآخرين عن ضعف سمعه ؛ ليعذروه عندما لا يتجاوب بالطريقة المتوقعة وليتحدثوا ببطء ووضوح معه .

أما عن طرق الحفاظ على السماعة فهناك عدة إرشادات يجب مراعاتها لضما استماع جيد :

- افحص البطارية يومياً ، من خلال جهاز فحص خاص ، أو من خلال وضعها في يدك واقبض عليها ، عندما تسمع صفير فهي تعمل بشكل جيد ، وإن لم تسمع صوت فهي بحاجة في الغالب إلى استبدال ، ينصح صانعي السماعات بتغيير البطارية يومياً .
- افحص زر ضبط تحكم الصوت قبل لبس السماعة يومياً ، بتحريكه للأعلى والأسفل ببطء ، عندما يحدث صفير ففي الغالب أن الضابط يعمل بشكل جيد ، إن لم يحدث ذلك فيوجد عطل ، حاول رفع وخفض الزر مرارا برفق ، إن تحسن وضعها فذلك جيد ، وإن بقي الحال على ما هو عليه يجب مراجعة الوكيل لتأكد من الأمر ، ثم بعد أن يلبس الطفل السماعة تأكد أنه يسمع الأصوات جيدا ، وإن لم يسمع الأصوات جيدا مع ضبط زر التحكم إلى المستوى المثالي عندها قد يكون بالسماعة عطل ينبغي مراجعة الوكيل للصيانة .
- افحص القالب والأنبوب باستمرار وتأكد من نظافتهما ، لأن لهما دور كبير في توصيل الصوت للأذن .
- تأكد من تركيب السماعة والقالب ، وتأكد من عدم وجود صفير .
- تأكد من عدم سقوط السماعة ، لأن ذلك يؤثر على جودتها وكفاءتها.
- تأكد من عدم وصول البلل للسماعة ، لأن ذلك يؤدي إلى تلفها.

- لا تدع السماعة في الأماكن التي يمكن أن تكون عرضة للكسر .
- لا تلو أو تثني الأنبوب البلاستيكي .
- لا تدع الطفل يلبسها إذا كان يقوم بنشاط حركي كالرياضة حيث يحتمل أن تسقط أو تتهشم .
- لا تستخدم بخاخ الشعر عندما تلبس السماعة .
- أغلق السماعة وأنزع البطارية عند النوم أو عندما لا تستخدمها .
- ليكن معك أنبوب إضافي في حال انقطاع الأنبوب تستبدله بآخر .
- ليكن معك بطارية إضافية في حال ضعف عمل السماعة تستبدلها .
- إفحص السماعة كل يوم للتأكد من عملها وأنها لا تصدر صوتاً غريباً أو أزيزاً .
- لا تعرض السماعة للأتربة أو القاذورات أو درجة الحرارة العالية .
- انزع البطارية في حال عدم الاستعمال .
- حافظ على نظافة القالب .
- أبعد السماعة عن متناول الأطفال والحشرات .
- تجنب وضع أي سائل عند تنظيف السماعة.

ب. أدوات الاتصال عن بعد

هي أجهزة مساعدة تحسن من تواصل المعاقين سمعيا للاستماع لأجهزة التلفاز والراديو الكاسيت ــ ومنها :

١. العناوين المفتوحة والمغلقة على شاشة التلفاز .

٢. ادارة الاتصال عن بعد للصم : عنطريق جهاز يسمح للمعاقين سمعيا باجراء واستقبال مكالمات هاتفية من خلال طبع معلومات على الهاتف .

٣. نظام infrared system : ويستخدم في الأماكن الغامة التي يحتاج اليها المعاقون سمعياً لتتيح لهم حرية في الحركة مثل المسارح .

٤. مكبرات الصوت : وهى تمكن المعاقين سمعياً من الاستماع للصوت مباشرة من جهاز التلفاز أو الكاسيت .

٥. سماعات توضع حول الرأس : فالعديد من أجهزة التلفاز أو المسجلات يوجد بها وصلات لسماعات توضع على الرأس بحيث يسهل التحكم بمستوى الصوت لكل أداة على حدة .

ج. معدات مساعدة على الحياة اليومية

وهى معدات تعمل على تكييف وتعديل بعض الأصوات المستخدمة فى البيئة المنزلية كى تساعد الصم وضعاف السمع – من ذلك :

١. أجهزة تنشيط الصوت :وهى أجهزة تمكن من الكشف عن صوت الهاتف وجلرس الباب .

٢. أجراس الباب ذات الصوت المرتفع أو الذبذبات المختلفة اللازمة لمن يعانون من فقدان سمعى بسيط .

٣. سماعات التنبيه : وهى تعمل من خلال ضوء ساطع فى الساعة أة نظام ذى تردد أو ذبذباتمختلفة يصل الى أسفل الوسادة بحيث تسهل إيقاظ النائم فى الوقت المحدد .

٤. كاشفات أو منبهات دخان الحريق .

٥. هاتف نص : يتكون من لوحة مفاتيح الحروف الهجائيةوشاشة عرض صغيرة تمكن المتحدث من طباعة الحوار مع الأشخاص الآخرين – كما تقوم بتحويل المثيرات الصوتية الى مرئية يتمكن المعاقون سمعياً من قراءتها .

٦. هواتف فيديو : مصممة للذين يستخدمون لغة الاشارة فى حياتهم اليومية لتبادل الحوار مع بعضهم البعض .

٢. التدريب السمعى :

لم يحدث من قبل في تاريخ تعليم الأطفال المصابين بالإعاقة السمعية أن امتلك الأطفال مثل هذه القدرة على السمع. ولذلك يجب على المختصين العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة السمعية أن يعيدوا تقييم طرق تدريس اللغة والنطق على ضوء التقنية

الحديثة.. ونظراً لأن هذا النوع من العلاج يركز على على مقدار السمع المتبقي لدى الطفل، فإنه يعتبر نقطة مثالية للتدخل المبكر. ويركز هذا النوع من العلاج على العناصر التالية: التشخيص المبكر، استخدام أفضل طرق التأهيل السمعي (أجهزة السمع ، زراعة قوقعة الأذن..)، ومساعدة الآباء في توفير بيئة مناسبة للاستماع. ويتوقع من خلال هذا العلاج أن يطور الطفل المصاب بالإعاقة السمعية القدرة على التحدث بالإضافة إلى دمجه في المدارس مع الأطفال ذوي السمع المعتاد. وبغض النظر عن مستوى الإعاقة السمعية (شديدة، أو خفيفة، أو متوسطة) فإنه يمكن للأطفال المصابين بالإعاقة السمعية أن يتحولوا إلى أشخاص ثقيلي السمع (بدلاً من صم) بحيث يندمجوا في المجتمع بالاعتماد على حاسة السمع المتبقية لديهم.

وبناء على هذه النظرية الجديدة، يجب استخدام أفضل تقنيات تعزيز السمع (سواء أجهزة سمع أم زراعة القوقعة) بحيث يتم استخدام الجهاز طوال وقت استيقاظ الطفل، كما يجب أن يبدأ تعليم الطفل اللغة فور تشخيصه، حيث من المفترض تشخيصه في فترات الطفولة المبكرة. كما يقوم الأخصائيون بتعليم الوالدين (الذين يعتبرون المعلمون الطبيعيون للطفل) على كيفية استخدام مهارة الإنصات لدى الطفل إلى أقصى حد ممكن. حيث يتم تعليم الوالدين على كيفية خلق بيئة مناسبة للإنصات والاستماع، عن طريق استخدام الأنشطة اليومية التي تجري في المنزل. حيث يتم استخدام كل ما يتعلق بالطفل وبحياته اليومية كفرصة لتعليم الإنصات. كما يتم التحدث إلى الطفل بصوت عادي، غير مرتفع. وبدلاً من تعليم الطفل أصوات منفصلة، يتم تعليم اللغة عن طريق الاعتماد على الإنصات إلى الكلام بشكل تدريجي، مع تشجيع الطفل في كل مرحلة من مراحل التأهيل السمعي. وإذا كانت هناك أصوات صعبة تحتاج إلى أن يتم تدريسها بشكل منفصل، فإنه يمكن تعليمها من خلال السمع وبعد وضعها ضمن سياق مناسب ذي معنى. كما يحتاج الأخصائي إلى أن يكون على دراية تامة بعلم صوتيات اللغة acoustics من أجل استخدامها في التعليم .

والاتجاه السمعي-الشفهي يقوم بتبني كل هذه المفاهيم، حيث يركز على الإنصات الذي يؤدي إلى النمو الطبيعي للغة والنطق. ولذلك فإن العلاج السمعي-الشفهي يعتبر الطريقة المثلى للتدريس التي يجب استخدامها مع تقنية أجهزة السمع الحديثة.

ما هو العلاج السمعي-الشفهي:

يتم تطوير اللغة المنطوقة، في هذا النوع من العلاج، عن طريق الإنصات. حيث يتم تزويد الأطفال بأفضل أجهزة السمع المتوفرة حال تشخيص الإعاقة السمعية. كما يتم تعليم الوالدين كيفية خلق بيئة مناسبة لتعليم طفلهم مهارة الإنصات، وتعويده على معالجة اللغة المسموعة والتحدث.

جلسات العلاج السمعي- الشفهي:

عادة تغطي جلسات العلاج السمعي- الشفهي النواحي الأربع التالية: السمع، اللغة، الكلام، والإدراك وقد تستمر من ساعة إلى ساعة ونصف. حيث يجب على أحد الوالدين أو كلاهما أو من يقوم بالرعاية أن يشاركوا دائما في هذه الجلسات.

وخلال جلسة العلاج السمعي-الشفهي النموذجية، يقوم الأخصائي بتقديم وعرض أمثلة للوالدين والطفل حول كيفية تطبيق بعض الأنشطة التي تقوم بتعزيز أهداف معينة، مع شرح الطرق المتعددة التي يمكن من خلالها تنفيذ هذه الأنشطة في المنزل. ثم يقوم الأخصائي مباشرة بجعل الوالدة تقوم بتنفيذ مهمة معينة حتى تحصل على خبرة عملية قبل تعزيز الأهداف في المنزل.

ولذلك فإن عيادة العلاج السمعي-الشفهي تحتوي على لعب وأشياء كثيرة مما يمكن وجودها في منزل عادي، بالإضافة إلى لعب مصغرة وأشياء شبيهة بمواد حقيقية. حيث تساعد هذه اللعب الوالدين في سهولة نقل الأنشطة إلى المنزل. كما يتم تقديم اقتراحات عديدة من أجل زيادة فرص استثارة اللغة داخل المنزل. حيث يوضح الأخصائي للوالدين كيف أن الأطفال يتعلمون بطريقة أسهل وأسرع حينما يتم إشراكهم في أنشطة مرحة ومفيدة مع شخص قريب منهم. كما يتم تشجيع مشاركة باقي أفراد العائلة، والأصدقاء، والجد والجدة في بعض جلسات العلاج. كما أن زيارة بيت الطفل، أو حضانته أو روضته وتقديم دعوات للمدرسين بحضور ومراقبة جلسات العلاج، تؤدي إلى تسهيل نقل أهداف العلاج وتعزيز فرصة تعميمها في بيئات أخرى.

ومن الضروري بالنسبة للوالدين والطفل أن يشعروا بتحقيق بعض النجاح. فكلما زاد مستوى الإعاقة السمعية، كلما زادت حاجة الأخصائي إلى تزويد الوالدين بتركيبة معينة من الأهداف ليتم دمجها ضمن الأنشطة والألعاب التي يقوم بها الطفل. كما أن إرشاد

الوالدين حول كيفية وضع أهداف أسبوعية ومعرفة المراحل القادية يساعدهم على تطوير. مهارات طفلهم الآنية عن طريق القيام بأنشطة تكون ضمن مستوى معقول من الصعوبة.

ويتم تخطيط جلسات العلاج على أساس المجالات الأربعة المذكورة آنفاً وهي: السمع، اللغة، الكلام، والإدراك، مع استخدام عدة أنشطة تشمل لأكثر من مجال واحد في الوقت نفسه.

مراحل التدريب على المهارات السمعية:

وتشمل أربع مراحل: التقاط الصوت، التمييز، التحديد (التعريف)، والاستيعاب.. وبالنسبة للطفل الصغير، فإن المهارات الاجتماعية مثل النظر إلى العينين، والتقليد، واللعب تتطور جنباً إلى جنب مع مهارات الاستماع. ولذلك فإن هدف أخصائي العلاج السمعي-الشفهي هو الانتقال من مرحلة التقاط الصوت إلى مرحلة الاستيعاب في أسرع وقت ممكن. ويمكن تقسيم نمو المهارات السمعية إلى ثلاث مناطق يجب التركيز عليها في نفس الوقت (for full details See Simser, 1993):

١- تحديد الفونيم (الصوت الذي يتكون من مجموعه الكلمات) الموجود في المقاطع.

٢- تحديد الكلمات داخل الجملة.

٣- الذاكرة السمعية .

ويمكن تعزيز السمع، باستخدام العلاج السمعي-الشفهي، من خلال التدريب على استخدام إشارات اليد التي تساعد الطفل على التركيز على الإنصات ، ويفضل كذلك استخدام طرق أخرى أكثر فاعلية مثل الجلوس بجانب الطفل بدلاً من أمامه.

ومن أجل تعزيز قدرة الطفل على الاستماع، فإنه يجب استخدام تقنيات تعزيز الصوتيات، والتي تشمل استخدام تكرار الكلمات، تغيير سرعة الحديث، والنبرة، والايقاع، وكذلك استخدام "التعزيز" الصوتي بالنسبة لمبتدئي الاستماع (Simser, 1996)

خلق بيئة مناسبة للإنصات:

ويعتبر ذلك من الأمور الهامة التي تساعد على تعليم الإنصات في المنزل. ويشمل ذلك:

- الاقتراب من ميكرفون جهاز السمع من جهة الأذن الأفضل سمعا، أو الاقتراب من ميكرفون القوقعة المزروعة .

- الجلوس بجانب الطفل والتركيز على الأشياء التي يتم وضعها أمام الطفل ووالدته.

- التقليل من الضوضاء المحيطة إلى أدنى حد ممكن.

- استخدام اللغة المنطوقة الغنية بالصفات فوق الصوتية (مثل تغيير نبرة الصوت ، وإبطاء إيقاع الكلمات، ونطق الكلمات الهامة بشكل أوضح من غيرها)، مع زيادة التكرار، والتركيز في البداية على الكلمات الغنية بأحرف العلة والمد (المد بالألف والياء والواو) التي تقع في مجال الذبذبات المنخفضة والمتوسطة التي تعتبر أسهل للسمع، مع استخدام جمل بسيطة وذات معنى تتكون من كلمتين إلى ثلاث.

- التلميح للطفل بأن يستمع وذلك بالإشارة إلى الأذن من أجل تنبيه الطفل للاستماع إلى الرسالة الصوتية وغيرها من الأصوات الموجودة في البيئة المحيطة (مثل الطرق على الباب، رنين الهاتف، ...)، مع ضرورة ملاحظة سلوك الطفل وطريقه إنصاته (مثل التوقف عن الحركة، أو النظر إلى الشيء المُتحدث عنه أو النظر إلى الشخص، أو محاولة تقليد الصوت، أو أي سلوك يدل على الإنصات من خلال لغة الجسم).

- محاولة اتباع اهتمامات الطفل من حيث عمره ومرحلة النمو الخاصة به، وذلك باختيار الأنشطة التي تحتوي على الأهداف المطلوبة.

٣. التواصل الشفهي (قراءة الشفاه)

تعد الاستراتيجية التعليمية المعروفة بالطريقة الملفوظة التي تؤكد على المظاهر اللفظية في البيئة ، وتتخذ من الكلام وقراءة الشفاه المسالك الأساسية لعملية التواصل . وتلقى هذه المسالك تعضيداً ومساندة من خلال تنمية مهارات القراءة والكتابة ، وتنمية الجزء المتبقي من السمع من خلال المعينات السمعية والتدريب السمعي . إن العدد الكبير من المربين ممن يؤيدون هذا الاتجاه يلخصون فلسفتهم ويعبرون عن أهدافهم في العبارة التالية التي قالها " ميلر : " إننا نعتقد في وجوب إتاحة كل الفرص الممكنة أمام كل طفل معوق لتنمية هذه القدرة بمساعـــدة المنزل والمدرسة والمجتمع حتى يستطيع أن يحتل مكانه الصحيح في العالم الذي يعيش فيه (ميلر ١٩٧٠) .

إن أول من طبق هذه الطريقة صمونيل هانيك في ألمانيا(١٧٢٣-١٧٩٠ م). كما كانت هناك محاولات في هذا المنحى لمعلمي الصم الذين سبقوه وهم : بونيه (١٥٧٩-١٦٢٠م) وهودلر ولمان (١٦٦٩-١٧٢٤م).

وهذه الطريقة إحدى الوسائل الأساسية المتبعة في أسلوب التعليم الشفهي التي كانت سائدة في القرن الماضي، واستمرت حتى النصف الثاني من هذا القرن ، حيث بدأت الشكوك تتسرب إلى أذهان الباحثين اللغويين والسمعيين.

وقد أكدت الدراسات صحة هذه الشكوك وأشارت إلى أن ما نسبته (٣٠-٤٠%) فقط من مجمل الحديث ، يمكن للشخص الأصم الذكي المتدرب جيداً على أسلوب قراءة الشفاه أن يستوعب، وتعتمد قراءة الشفاه على فلسفة العين بدل الأذن.

وتعتمد هذه الطريقة على التفاهم عن طريق الكلمة المنطوقة من الصم ، وتشمل القدرة على لفظ وفهم الكلام المنطوق ، وذلك لأنه يعتمد على السمع ، أما الطفل ذو الصمم الشديد ، فيجب تدريبه على أصوات الكلام ميكانيكيا بطريقة آلية ، وتعويض القصور السمعي بالنظر واللمس ، ولكي يستطيع التحكم في صفة وإيقاع ونبرة الصوت ، وعلوه وانخفاضه ، فلا بد من أن يسمع صوته وأصوات الآخرين ، وعليه أن يستفيد من القدر الضئيل المتبقي من السمع ، ذلك بالاستعانة بأحدث الأجهزة السمعية المناسبة ، وتستخدم طريقتان لتدريب الأشخاص المعوقين سمعياً على مهارات قراءة الشفاه ، هما:

الطريقة التحليلية:

وتشمل تعليم المعوق سمعياً ، وتعريفه بالشكل الذي يأخذه كل صوت على الشفتين ، وتدريبه على تحديد كل صوت ، وبهذه الطريقة يتم تعليمه أصوات الحروف منفردة. وبعد أن يتقن نطق كل صوت على حدة ، تشكل منها كلمات ويتدرب على نطق تلك الكلمات ، ثم يكوّن منها جملاً . ومن عيوب هذه الطريقة أن الطفل الأصم قد يعمد إلى نطق كل حرف في الكلمة كما هو لو كان منفرداً ، فيكون نطقه متكلفاً ويتعذر على الفهم.

الطريقة التركيبية:

وبها يتم تدريب الفرد على التعرف على أكبر عدد ممكن من الكلمات المنطوقة ، ومن ثم تعريفه بالكلمات التي لم يفهمها بالاعتماد على كفاءته اللغوية ، وتعتمد – أيضاً- على

تدريب الطفل الأصم على نطق الكلمة ككل منذ البداية ، يلي ذلك تدريبه على بناء الجملة ، حتى إذا ما بلغ مرحلة الاستعداد لتصحيح النطق ، نُرب على الكلمات غير المنطوقة بشكل سليم.

كما تستخدم طرق أخرى للتدريب على قراءة الشفاه ، منها:

أ- الطريقة الأولى:

ويكون فيها التركيز على أجزاء الكلمة ، ويطلق عليها الصوتيات ، بهذه الطريقة يتعلم الطفل نطق الحروف الساكنة والحروف المتحركة ، ثم يتعلم نطق مجموعة من الحروف المتحركة ، ثم يتعلم نطق هذه الحروف مع بعض الحروف المتحركة ، ثم يتعلم نطق هذه الحروف مع بعض الحروف الساكنة ..وهكذا.

ب- الطريقة الثانية:

لا تهتم بالتركيز على الكلمة أو على الجملة ، وإنما تهتم بالوحدة الكلية أو المعنى . فقد تكون هذه الوحدة قصة قصيرة ، حتى وإن كان الطفل لا يفهم منها سوى جزء صغير جداً.

ج -الطريقة الثالثة:

تعتمد على إبراز الأصوات المرئية أولا ، ثم بعد ذلك الأصوات المدغمة.

العوامل التي تساعد المعاق سمعياً على قراءة الشفاه:

أجريت دراسات عديدة حول هذا الموضوع ، من بينها دراسة فريزينا وكويكسلي (١٩٧١م). وقد أوضحت النتائج التالية حول التواصل باستخدام قراءة الشفاه:

١. **سرعة الكلام :** إن هذه الدراسة بينت أن القراءة في حالة الكلام البطيء أفضل من حالة الكلام العادي ، على أن يكون الكلام غير بطيء جداً . فقد ظهر من خلال شريط مرئي تم تسجيل عشرين جملة عليه بسرعات مختلفة ، وفق ما يلي: (80% ، 67% ، 58%من السرعة العادية ، إن السرعة المثلى للكلام من أجل قراءته على الشفاه كانت السرعة المتوسطة (٦٧%).

٢. **الوسط الذي يعيش فيه الطفل الأصم :** تبين أن الأطفال الصم الذين يواظبون على الدوام في القسم الخارجي في مؤسساتهم – أي الذين يذهبون إلى بيوتهم بعد انتهاء الدوام

النهاري – كانوا أفضل حالاً في قراءة الشفاه من أولئك الموجودين في القسم الداخلي.

٣. **القدرات الفردية:** تبين أن الأطفال الذين لديهم القدرة على الانتباه لمدة أطول ، يمكنهم قراءة الشفاه أفضل من الأطفال الذين ليست لديهم مثل هذه القدرة

ويستفاد من قوانين التعلم عند تدريب الطفـــل الأصم على قراءة الشفاه ، وذلك عبر موجهات عامة ، منها:

أ. يجب التركيز على الكلمات السهلة في البداية ، وأن تكون هذه الكلمات مرتبطة بالواقع وبدائرة تجارب الطفل وخبراته.

ويلاحظ –أحياناً- إن قراءة الكلمـــات ذات المقاطـــع الطويلة أسهل شفاهياً على الأصم من قراءة الكلمـــات ذات المقطـــــع الواحد ، فمثلاً ، كلمة (بطاطا، أو مستشفى) أسهل للمعوق سمعياً قراءتها من قراءة كلمة (قط).

ب. يفترض أن يكون قارئ الشفاه مدركاً للغة الشفهية.

ج. مساعدة الطفل الأصم بالتدريب على ملاحظة الوجه والشفاه بدقة ، ثم الربط بين ما يراه من تعبيرات وحركات وبين المواقف ، ثم تعويده على الفهم المجرد ، دون أن يرى مواقف مماثلة أمامه أثناء التحدث.

د. الاستفادة من قدرة الطفـــــل على التقليد في تدريبه على قراءة الشفاه ، وتعليمه الأنشطة أو الخبرات المختلفة.

هـ. ربط المهارات اليدوية والتدريب الحسي بالكلمـــــات ، واستغلال كل الأوقات المناسبة للتدريب على قراءة الشفاه.

و. ربط الكلمات بواقع الطفل ، حتى يكون لها دلالة بالنسبة له ، مما يزيد من تعلمه وفهمه بصورة سريعة.

ز. الاستمرار في التدريب الموزع على مدة زمنية معقولـــــة ، مما يساعد عل تثبيت المعلومات.

ح. أن تتم عملية قراءة الشفاه من خلال الأنشطة والعمـــــل ، وأثناء اكتساب الخبرات والتجارب.

وفيما يلي الشروط التي يجب أن يأخذها المعلم في الحسبان عند استخدامه طريقة قراءة الشفاه مع تلاميذه:

١. درجة وضوح حركات الكلمات وسلامة الفم والأسنان والشفاه من العيوب المختلفة.

٢. التحدث بصوت مسموع – وليس بصوت مرتفع – ولتكن سرعة الكلام متوسطة ، إذ أنه تزداد صعوبة قراءة الشفاه وفهم الكلام المُقال ، كلما زادت سرعة المعلم أثناء التحدث.

٣. أن يتأكد المعلم من سلامة بصر التلاميذ ، وأن يضع الذين يشكون من ضعف بصرهم في المقاعد الأولى في غرفة الصف.

٤. التأكد من انتباه المعوق سمعياً ، إذ لا يتم التكلم إلا وهو ينظر إلى من يحدثه، والتأكد من عمل السماعة.

٥. ألا تزيد المسافة بين المتلقي والمرسل – في حالة قراءة الشفاه – عن خمسة أقدام ، ولا تقل عن قدمين ، لأنه في حالة الاقتراب منه يتعذر عليه تركيز انتباهه على عضلات الوجه.

٦. عدم المبالغة بأداء نطق الحروف أو الكلمات ، لأن أية حركة غريبة توهم الطفل بمعان أخرى للكلام . كما ينبغي نطق الكلام للطفل مرات عديدة ، حتى يتم التأكد من أن الطفل قد فهمها ، وإذا تعذر ذلك يمكن استعمال الكلام ال على السبورة لمساعدة الطفل على الفهم.

٧. يجب تعويد الطفل على عدة أشياء ، كالبدء في تعليمه قراءة الشفاه ، مثل:

أ- تدريبه على النظر إلى وجه المتحدث قبل كل شيء.

ب- تدريبه على الاستعانة بتعبير وجه محدثه.

ج- أن يطلب منه إعادة الكلمة في حال عدم فهمها.

المشكلات والصعوبات المرتبطة باستخدام طريقة التواصل الشفهي:

١. تشابه بعض الحركات الكلامية في المخارج ، مثل حروف (الباء ، والميم) ، (التاء ، والدال) ،أو تشابه بعض الكلمات مثل (بدى ، مدى) (تاب ، داب) ، ومثل : (غالي ، خالي) ،(ظهر ، زهر) ،(زر ،زور) ، (تين ، طين) ،(جبل ، جمل).

٢. اختلاف نطق بعض الحروف بين الأشخاص ، سواء في البيئة الواحدة أو في البيئات المختلفة.

٣. إن بعض الأطفـــال لا يمتلكون المهارات اللازمة لتعلم الطريقة الشفهية ، والبعض الآخر لا يستطيع التمييز سمعياً وبصرياً بما فيه الكفاية.

٤. لم تساعد طريقة قراءة الشفاه التلاميذ الصم على سرعة استقبال الكلام وتتبعه ، وذلك لصعوبة تمييز بعض الحروف على الشفتين لتشابه مخارجها كما أن بعضها الآخر ينطق من داخل الفم ولا يظهر على الشفتين.

٥. لم تساعد هذه الطريقة على تعلم الكلام وتنمية اللغة بشكل جيد ، لأن قارئ الشفاه لا يستطيع في أحسن الأحوال استيعاب أكثر من ٤٠ %من الكلام المنطوق.

وتجدر الإشارة الى أنه في كثير من النظم التعليمية في الدول المختلفة يبدأ تعليم الطفل الأصم بشكل تقليدي في فصول تعتمد على أساليب التواصل الملفوظ ، وبعدئذ يسمح للطفل باستخدام الأساليب اليدوية • ربمـــا يبدأ تدريـــب الأطفال على الطرق الملفوظة للتواصل بمجرد التعرف عل حالات فقدان السمع • قد يبدأ البرنامج بصفة مبدئية في المنزل ، ولكن بمجرد أن يبلغ الطفل السنتين من العمــر يستطيع أن يلتحق بالمدرسة جزءاً من اليوم على الأقل •

ويرى المؤيدون لأساليـــب التواصل الشفهي الملفوظ أن هذا النظام ينطوي على مجموعة من المزايا • يعتقد هؤلاء بأن كثيــراً من التلاميذ الصم يتعلمون من خلال هذا الأسلوب ليس فقط الكلام الواضح ، بل يستطيعـــون أيضاً عن طريق قراءة الشفاة إقامة جسور من التواصل مع بقية أفراد المجتمع . بمعنـــى آخر ، فإن أساليب التواصل الملفوظ تساعد الشخص الأصم على الدخول في عـــالم الأشخاص العاديين ، في حين أن لغة الإشارة تقيد مجال تواصل هذا الشخص وتجعله قاصراً على الأفراد الذين يتقنون هذا الشكل

المتخصص من أشكال التعبير • من ناحية أخرى ، يوجد بين المربين في مجال المعوقين سمعياً من يرون أن من الأمور بالغة الصعوبة بالنسبة للأطفال الصم بدرجة حادة إصدار الكلام • نظراً لأن هؤلاء الأطفال لا يسمعون الآخرين وهم ينطقون بالكلام، فإنهم لا يستطيعون ضبط محاولاتهم الصوتية الذاتية لتقليد الكلام الصادر عن الآخرين، كذلك يرى هؤلاء المربون أن قراءة الشفاة هي افضل الأحوال نوع من التخمين نظراً لأن عدداً كبيراً من الكلمات في اللغة تشبه بعضها بعضاً عند النطق بها • إن النجاح في قراءة الشفاة يفترض مقدماً وجود اساس لغوي مناسب ، ومعرفة بقواعد اللغة ن وثروة لفظية واسعة • لقد أظهرت الدراسات أن أفضل القارئين عن طريق الشفاة عندما يوجدون في مواقف ثنائية • حوار بين الشخص الأصم والشخص العادي وجها لوجه) يفهمون ما بين ٢٦ % الى ٣٦ % مما يقال ، وأن عدداً كبيراً من الصم لا يفهمون اكثر من ٥ %من الكلام (منديل ، فيرنون ١٩٧١) • إن الصم جميعاً ، والأشخاص العاديين في السمع أيضاً ، ليست لديهم مواهب لقراءة الشفاة ، ويجد البعض أن هذه الطريقة غير فعالة على الإطلاق ومحبطة كوسيلة للتواصل المتبادل • ولكي يدرك القارىء مدى الصعوبة في هذه الطريقة يكفي أن يوقف الصوت الصادر من جهاز التلفزيون الذي أمامه ويحاول أن يخمن حول الكلام الصادر عنه•

ونظراً للمشكلات والصعوبات السابقة بدأ في السنوات الأخيرة استخدام مدخل جديد يتضمن تجميعاً من الإشارات اليدوية وقراءة الشفاة وأطلق عليه • أثبتت هذه الطريقة فعاليتها الى حد كبير في تحسين القدرة على إصدار الألفاظ عند الأطفال الصم• واضح أن هـذه الطريقة ليست ملفوظة تماماً ، ذلك لأنها تستخدم الإشارات جنبا الى جنب مع محاولة إخراج الألفاظ • إلا أن النتيجة النهائية للتدريب على هذه الطريقة هي تحسين القدرة على قراءة الشفاه ، وفي نفس الوقت تحسين المهارات الأساسية في القـــراءة والتواصل • تتكون طريقة بصفة أساسية من ثمانية أشكال باليد تستخدم في أربعة أوضاع مختلفة بالقرب من الشفاة• تستخدم الأشكال اليدوية والأوضاع المختلفة للتمييز – من خلال الإبصار – بين الأصوات المختلفة في اللغة التي تتشابه في مظهرها على الشفاة • وقد وجد أن الأطفال الذين يتعلمون بهذه الطريقة يحققـــون نجاحاً في الفصول الدراسية العادية • وقد لوحظ تحسن مهارات هؤلاء الأطفال الأكاديميـــة وبصفة خاصة

في القراءة ، كما تحسن تحصيلهم الدراسي بوجه عام ، ونمت قدراتهم على المشاركة في أنشطة الفصل الدراسي والمناقشات التي تدور فيه.

٤. اساليب التواصل اليدوي (التواصل بلغة الاشارة):

يشير التواصل اليدوي من وجهة النظر العلمية الى استخدام لغة الاشارة: وهي نظام من الرموز اليدوية الخاصة تمثل بعض الكلمات والمفاهيم أو الأفكار المعينة. وتعتبر لغة الإشارة وسيلة للتواصل تعتمد اعتماداً كبيراً على الإبصار. في هذه الطريقة- على عكس طريقة قراءة الشفاة – فإن عدداً قليلاً للغاية من الإشارات الخاصة بكلمات مختلفة تبدوان متشابهتين على الشفاة ، تختلفان اختلافاً كبيراً ن تماماً كما تختلف الصور الذهنية التي نكونها عندما نرى الكلمتين في الطباعة العادية.

وتعتبر لغة الإشارة ملائمة بصفة خاصة للأطفال صغار السن حيث يكون من السهل عليهم رؤيتها ، كما أن الطريقة لا تتطلب تآزراً عضلياً دقيقاً لتنفيذها. يستطيع الأطفال الصم صغار السن التقاط الإشارات بسهولة ، كما أنهم يستخدمونها استخداماً جيداً في التعبير عن أنفسهم. عندما يكون فقدان السمع من النوع الحاد لدرجة أن الطفل لا يستطيع فهم الكلام الذي يدور في حوار أمامه حتى مع استخدام المعينات السمعية ، فإن على الطفل أن يجد طرقاً أخرى للتواصل الفعال. على مدى التاريخ ، أوجد الأشخاص المصابون بإصابات حادة في السمع لأنفسهم شكلاً أو آخر من أشكال التواصل اليدوي.

أ. هجاء الأصابع

ومما يعطي تعضيداً ومساندة للتواصل اليدوي ما عرف بطريقة هجاء الأصابع. يكون هجاء الأصابع مفيداً عندما لا توجد إشارة خاصة لكلمة معينة ، أو عندما يكون الشخص الذي يعطي الإشارات يجهل إشارة معينة. على أي حال ، فإن القدر من هجاء الأصابع الذي يستخدم في عملية التواصل مسألة فردية وتتوقف على الشخص نفسه.

ولا تختلف الفروق في مهارات هجاء الأصابع عن الفروق التي نلاحظها في الكتابة اليدوية بين الأفراد المختلفين. فبعض أشكال الكتابة اليدوية تسهل قراءته ، في حين أن

البعض الآخر يقرأ بصعوبة • كذلك الحال في هجاء الأصابع ، فإن بعض الأطفال يتقنون هذه الطريقة ، في حين أن البعض الآخر يخطيء فيها كثيراً •

إن تهيؤ الطفل لاكتساب مهارات تواصلية معينة يختلف باختلاف المرحلة النمائية لهذا الطفل ، كذلك الحال بالنسبة للقدرة على فهم هجاء الأصابع واستخدامه استخداماً صحيحاً • لقد أظهــرت الممارسة العملية أن الأطفال الصم الذين يعرضون للغة الاشارة وهجاء الأصابع منذ ميلادهم يكتسبون فعالية في هذه المهارة ، ربما أسهل مما يتعلم الطفل العادي القراءة عادة• قد يكون السبب في ذلك هو أن ؤلاء الأطفال يتعرضون لهذه الطريقة في وقت مبكر للغاية ، كما أنهم يتعرضون لها بصفة دائمة•

ب . التواصل الكلي :

استخدم مصطلح التواصل الكلي لأول مرة بواسطة مدرسة ماريلاند للصم عام ١٩٦٩ • كان استخدام هذه الطريقة بمثابة محاولة لإنهاء الجدول الذي استمر منذ أن بدأ تعليم الأطفال الصم قبل حوالي مائتي عام • لعل تعريف ــــذه الاستراتيجية التعليمية والأسس المنطقية التي تقوم عليها تتضح اكثر ما تكون مما كتبه عنها دنتون عام ١٩٧٠ إذ يقول ك لقد أدرك الكثيرون منذ أمد بعيد أن على مدارس الصم أن توجد طرقاً وأساليب اكثر فعالية لتنمية مهارات التواصل وتطويرها ، وتعليم اللغة للأطفال الصم صغار السن • وقد أدرك الكثيرون أيضاً ، وقبلوا كحقيقة واقعة ، أن مستوى التحصيل الأكاديمي لدى معظم التلاميذ الصم منخفض الى حد لا يمكـــن قبوله • إن إدراك وجود هذه المشكلات يعتبر سبباً كافياً من أجل البحث عن تحول أساسي في الممارسات التعليمية في مدارس الصم •

ويقصـــــد بالتواصـــل الكلي حق كل طفل أصم في أن يتعلم استخدام جميع الأشكال الممكنة للتواصل حتى تتاح له الفرصة الكاملة لتنمية مهارة اللغة في سن مبكرة بقـــدر المستطاع • مثل هذا العمل يتضمن إدخال نظام ثابت للرموز الاستقبالية – التعبيرية • في سنوات ما قبل المدرسة فيما بين سن سنة وخمس سنوات • يشتمل أسلوب التواصل الكلي على الصورة الكاملة للأنماط اللغوية : الحركات التعبيرية التي يقوم بها الطفل مع نفسه ، ولغة الإشارة ، والكلام ، وقراءة الشفاة ، وهجاء الأصابع ، والقراءة والكتابة •

كذلك فإنه في ظل أسلوب التواصل الكلي تكون أمام كل طفل أصم الفرصة لتطوير أي جزء تبقي لديه من السمع من خلال المعينات السمعية بمختلف أنواعها .

ويبدأ التواصل بين الطفل والوالدين منذ ميلاد الطفل ن بدءاً من الحركات البدائية الفجة ووصولاً الى الأشكال المتطورة من التواصل . بطبيعة الحال ، ليس مطلوباً من الأب أن يصبح معلماً ن لكن مع ذلك لابد من تشجيع الوالدين على التواصل مع الطفل الأصم من خلال الخبرات اليومية العادية باستخدام الوسائل التي تكون مفهومة من الطرفين. بمثل هذه الطريقة ينمو التواصل من خلال أشكال إيجابية من التفاعل الانساني .

إن الاستخدام المبكر والمستمر لنظام التواصل الكلي يساعد على النمو العقلي بما يترتب على ذلك من تحصيلي أكاديمي . إن مفتاح النجاح في التحصيل الأكاديمي يكمن في مهارات القراءة والاستيعاب . ولكي نفهم جيداً العلاقة بين نظام التواصل الكلي ومهارات القراءة ن علينا أن نتتبع الخطوات المتضمنة بطريقة عكسية مبتدئين من استيعاب المادة المقروءة . يبنى استيعاب المادة المقروءة وينمو على أساس من الخبرات اللغوية الواسعة والخبرات اللغوية تتجمع وتتراكم من خلال التواصل . والتواصل يبني وينمو على أساس من التفاعل الإنساني . لذلك فإن التفاعل الإنساني المفيد والمثمر يجب ألا يؤجل بطريقة عشوائية ، كذلك يجب عدم خرق التتابع الطبيعي في العملية النمائية للتواصل على أسس عشوائية . هذا، ويمكن تلخيص التتابع الطبيعي في تطور عملية التواصل على النحو التالي:

١. تعتبر الإشارات أسهـــل السبل لتمكين الطفل الصغير المصاب بالصمم الولادي من التواصل بالمعنى الحقيقي للكلمة ، أي أن يكـــون الطفل قادراً على التعبير على رائه وأفكاره الذاتية . عندما يحدث ذلك نستطيع أن نلاحظ تغييرات إيجابية في السلوك ، وتحسناً في العلاقات الشخصية المتبادلة . في هذه الحالـــــة يشارك الطفل الصم في مواقف الحياة الأسرية كعضو كامل .

٢. تساعد الإشارات على تدعيم قراءة الشفاة والسمع عندما يقوم الشخص الراشد (معلما كان أم أبا) بإصـــدار الاشـــــارات والتحدث في وقت واحد ، وعندما يستخدم الطفل الأدوات المكبـرة للصــــــوت الملائمة لحاجاته الخاصة. بالنسبة للأطفال الذين لا يستفيدون من أجهزة تكبير الصوت) علمـــا بأن عددهم قليل للغاية) ، فإن الإشارات تدعم قراءة الشفاة . يجب أن يطور الكلام بالنسبة لمثل هذا الطفل بالكامل على أساس

من الاحساسات الجلدية – العضلية على أن النمو اللغوي لا يكون متيدا بتقدم الطفل في الكلام ٠ يبدو أن بناء تركيبا يحدث عند ممارسة الكلام والإشارات في وقت واحد ٠ هذه هي عادة الطريقة التي يتعلم بواسطتها الشخص العادي أن يربط الإشارات بالكل. إن التجميع الذي يضم الكلام والإشارات يوفر نمطا تركيبيا يقوم الطفل الأصم بتقليده سواء من الناحية البصرية أو السمعية ٠ عندما يستخدم الشخص الراشد الأصم الكلام مع الإشارة ، فإنه بذلك ينظم بطريقة شعورية إشاراته بطريقة تركيبية ٠ وبالتالي يحسن الصم من مهاراتهم الملفوظة ، كما يحسن الأشخاص العاديون من مهاراتهم اليدوية ٠ والنتيجة النهائية – بطبيعة الحال – مهارة افضل في التواصل بين الطرفين ٠

٣. إن القدرة على السمع تدعم المهارات السمعية الملفوظة (الكلام وقراءة الشفاه) بالنسبة لعدد كبير من الأطفال الصم عندما تكون الأدوات المعينة من النوع الذي يسهل السمع ٠ يتوقف النجاح في هذا المجال على التغذية المرتدة السمعية ، أو على قدرة الطفل على أن يسمع الكلام الصادر منه وأيضا أن يسمع كلام الأشخاص الآخرين ٠

٤. أن هجاء الأصابع يدعم القراءة والكتابة ٠ يتطلب هجاء الأصابع تقريبا نفس المستوى من النضج ومن الخبرات اللغوية الذي تتطلبه القراءة والكتابة ٠ إن أحداً لا يستطيع أن يعتبر الأمر عمليا ومقبولا أن يبدأ الطفل الصم في سن ما قبل المدرسة بهجاء الأصابع ، تماماً كما أنه ليس عملياً أو مقبولاً أن نبدأ النمو اللغوي عند الطفل العادي في سن ما قبل المدرسة بعمليات القراءة والكتابة ٠

وتستخدم إستراتيجية التواصل الكلي في الوقت الحاضر على نطاق واسع وتبنت كثير من المدارس – للصم هذه الاستراتيجيـــة منذ ذلك الوقــت لتنمية أساس لغوي متين أثناء السنوات التكوينية المبكرة من حياة الطفل ، ولتحسيـــــن فعالية برامج التدريب ٠ تعتبر استراتيجية التواصل الكلي فعالة ومؤثرة مع الأطفال الصم بدرجة حادة ن ومع الأطفال الذين لا يملكون درجة كافية من السمع تمكنهــم من الاستفادة من الأساليب التعليمية التي تعتمد على التواصل الملفوظ ٠ لكن بالنسبـــة للأطفال الذين تبقت لديهم درجة كافية من السمع ، أو الأطفال المصابين بدرجة من فقدان السمع تتراوح ما بين خفيفة الى معتدلة ، فإن الاستراتيجية التي تقوم على أساليب التواصل الملفوظ تعتبر فعالة ومؤثرة الى أبعد الحدود.

الفصل الثالث عشر

التوحد واضطرابات التواصل

- مقدمة:
- معدل الانتشار.
- برامج تنمية التواصل اللفظي وغير اللفظي للتوحديين.

١- برنامج تيتش.

٢- برنامج لوفاس.

٣- العلاج بالتكامل الحسي.

٤ – تسهيل التواصل.

٥ – تنظيم البيئة.

٦ – العلاج باللعب.

الفصل الثالث عشر

التوحد واضطرابات التواصل

مقدمة

في عام ١٩٤٣ م كتب الطبيب النفسي ليو كانر Leo Kanner مقالة تصف أحد عشر مريضا تابع حالتهم في عيادته لعدة سنوات ، هؤلاء الأطفال كانوا يتصفون بمجموعة من الأعراض المرضية تختلف عن الأعراض النفسية التي تعوّد على متابعتها أو قرأ عنها في المنشورات والكتب الطبية، وقد أستعمل مصطلح التوحدAutism لأول مرة للتعبير عنها، وتتابعت البحوث والدراسات في محاولة لإجلاء الغموض عنه. والتوحد كلمة مترجمة عن اليونانية وتعني العزلة أو الانعزال ، وبالعربية أسموه الذاتوية (وهو أسم غير متداول)، والتوحد ليس الانطوائية، وهو كحالة مرضية ليس عزلة فقط ولكن رفض للتعامل مع الآخرين مع سلوكيات ومشاكل متباينة من شخص لآخر. وهو اضطراب معقد يظهر في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل نتيجة خلل وظيفي في المخ والأعصاب لم يصل العلم إلى تحديد أسبابه.

من هنا يجب على العاملين في القطاع الطبي التعرف على السلوكيات غير السوية للطفل الطبيعي قبل تشخيص الحالات كأمراض سلوكية ، كما معرفة أن اضطرابات النمو لدى الأطفال مجال واسع المتوحد احدها، وللقيام بتشخيص حالات التوحد فإن ذلك يحتاج إلى متخصصين في هذا المجال، وتطبيق المعايير العلمية لها كما ذكر في الدليل الإحصائي للاضطرابات النفسية في أصدارة الرابع DSM-4 عام ١٩٩٤، وفي الدليل الدولي لتصنيف الإمراض الذي تصدره هيئة الصحة العالمية International Classification of Diseases في إصداره العاشرICD-10 ؛ كما يجب على العائلة التي لديها طفل مصاب بأحد الأمراض السلوكية بمعرفة حالته، لأن ذلك سوف يساعد في تحديد إمكانيات وبرامج ووسائل التدخل العلاجي والتأهيل سواء على المستويات الطبي والتربوي والاجتماعي.

معدل الانتشار

في أوروبا تشير الإحصائيات أن نسبة حدوث التوحد تصل إلى ٣-٤ حالات لكل عشرة آلاف ولادة ، وتزيد لتصل إلى حالة لكل ٥٠٠ ولادة في أمريكا ، كما أنه يصيب الذكور ثلاثة أضعاف إصابته للإناث. والتوحد بلا جنسية يصيب البيض والسود، الأغنياء والفقراء في الشمال والجنوب على حد سواء، وليس كما كان يعتقد في السابق بأنه مرض الطبقة الراقية، ففي الماضي كانت الخدمة الصحية متوفرة للأغنياء ، وكانوا هم من يهتم بالحالة النفسية لأبنائهم. ولا يوجد في مجتمعنا العربي إحصائيات متكاملة تنير لنا الطريق لمعرفة نسبة حدوثه، كما أن لتنوع صفات الحالة والنقص الشديد في المتخصصين دورا في نقص التشخيص، لذلك نعتقد أن عدد الحالات الموجودة فيها أكثر مما هو مشخص.

الأعراض المرضية

قد يبلغ الطفل الثالثة أو الرابعة من العمر قبل أن تظهر أعراض كافية تجعل الوالدين يطلبون المساعدة الطبية والتشخيص، فليس هناك نموذج واضح من الأعراض والعلامات خاص بالتوحد ، ومن المهم الإدراك أن هناك مجال واسع في تنوع العلامات المرضية ، فكل السلوكيات المذكورة في هذا القسم يمكن أن توجد في الطفل، ولكن من النادر أن نجد جميع هذه الأعراض في طفل واحد في نفس الوقت.

وبشكل أكثر وضوحاً فإن الأطفال التوحديون ليس لديهم نفس الدرجة والشدة من الاضطرابات، فالتوحد قد يكون بعلامات بسيطة ، وقد يكون شديداً باضطراب في كل مجالات النمو العامة. وعليه نستطيع القول أن أنواع التوحد هي درجات متواصلة لاضطرابات النمو .

عادة ما تظهر الأعراض المرضية بعد إكمال الطفل السنة الثانية من العمر وبشكل تدريجي ومتسارع ، ويقل بدء حدوثه بعد الخامسة من العمر، ولكن لاحظت بعض الأسر وجود تغيرات سلوكية لدى أطفالهم في عمر مبكر بعد الولادة. ولقد حدد الدليل التشخيصي للاضطرابات العقلية ثلاثة أشكال للأعراض المرضية هي : اضطراب التفاعل الاجتماعي ، اضطراب التواصل اللغوي ، والسلوك المقيد .

وفيما يلي أهم الأعراض المرضية المميزة للتوحيدية :

أولاً: مشكلات النمو لدى الطفل التوحدى

النمو العقلي والحركي لكل الأطفال يندرج تحت مجموعات من المهارات، والطفل التوحدي لديه تأخر في اكتساب تلك المهارات مقارنة بأقرانه، وقد تتوقف بعض هذه المهارات عند حد معين، ويفقد آخرون بعض المهارات بعد اكتسابها، ومن أهم تلك المهارات ما يلي :

أ. **المهارات الحركية** : وتعتمد على العضلات الصغيرة والكبيرة ، وفي أطفال التوحد يقل وجود اضطرابات حركية بالمقارنة مع الاضطرابات الأخرى .

ب. **مهارات الفهم والإدراك** : نقص الذكاء والتعلم ومشاكلها من أهم صفات التوحد، وهذا لا يعني أن جميعهم متخلفين، بل نجد بعضهم يتمتع بذكاء فوق العادي، ومع ذلك فإن الغالبية منهم لديهم صعوبات تعليمية ونقص في القدرات الفكرية

ج. **المهارات اللغوية** : لديهم اضطرابات لغوية بشكل أو آخر.

د. المهارات الاجتماعية والنفسية : وهي أهم الركائز في الطفل المتوحد ، فهناك جفاء وانعزال عن مجتمعه ، وانطواء على النفس.

ثانياً : اضطراب التواصل اللغوي

١ـ تأخر النمو اللغوي:

الرضع لا يستطيعون المناغاة ، أو أنهم يبدأون بها في سنتهم الأولى ثم يتوقفون ، وعادة عدم قدرة الطفل على اكتساب اللغة حتى سن السادسة من العمر فستستمر لديه عدم مقدرة على التواصل.

وعندما تظهر لغة الطفل يكون شكل هذه اللغة غير طبيعي وبها الكثير من العيوب كالترددية في الحديث (وهي ترديد الكلمات والجمل بطريقة غير ذات معنى) وقد تكون الكلمات والجمل مفيدة كترديد إعلانات التلفزيون ، (في السابق كان الاعتقاد أن الترديد المرضي بدون فائدة أو عمل ، ولكن الدراسات أثبتت أنها مرحلة بين التواصل اللفظي وغير اللفظي ويمكن استخدامها في تنشيط الفعاليات) ، وبعض الأطفال يكون لديهم عكس الضمائر (أنت بدلاً من أنا) ونسخ ما يقوله الآخرون (كالببغاء) .

وقد يكون هناك اضطراب في إخراج الصوت واللغة ، فبعض الأطفال يتحدثون بنبرة بطيئة ثابتة بدون تغير حدة الصوت أو إظهار أي انفعالات ، وقد يكون هناك مشاكل في المحادثة والتي غالباً ما تتحسن مع النمو ، وآخرون قد يكون لديهم الحديث المتقطع Staccato speech.

٢. المشكلات اللغوية

التواصل اللغوي يحتاج إلى المقدرة على إرسال واستقبال رسائل لغوية مفهومة ، وفي الطفل التوحدى يكون هناك اضطراب في التواصل اللغوي مما يؤدي إلى مشكلات عديدة . ومشكلات اللغة والكلام كثيرة في أطفال التوحد ،ويعتقد الكثير من المختصين أنها من أكثر وأهم المشكلات المميزة للتوحديين ،وهناك ٥٠ % من التوحديين لا يستطيعون التعبير اللغوي المفهوم ، وعندما يستطيعون الكلام تكون لديهم بعض المشكلات في التواصل اللغوي ، وهذه المشكلات العامة هي التي تحدد تطور الطفل التوحدي وتحسنه ، ونوجز هنا أمثلة منها:

- تأخر النطق أو انعدامه.
- تكرار الكلام الترديد لما يقوله الآخرون كالببغاء.
- فقد المكتسبات اللغوية
- سوء التعبير الحركي.
- كلمات وجمل بدون معنى
- عدم القدرة على تسمية الأشياء.
- عدم القدرة على التواصل اللغوي مع الآخرين.
- عدم نمو لغة مفهومة حتى لو استطاع النطق.
- إعادة الكلمة أو الجملة عدة مرات .
- الإسقاط : وهي نطق الجمل والعبارات ناقصة.
- عدم القدرة على التعبير عن نفسه ، والتواصل مع الآخرين .

- عدم القدرة على التعلم والتدريب .

٣. ضعف فهم اللغة:

الإدراك اللغوي لدى هؤلاء الأطفال فيه اضطراب بدرجات مختلفة، فإذا كان لديه تخلف فكري فعادة ما يكون لديه كمية ضئيلة من اللغة المفهومة، والآخرون الذين لديهم اضطراب أقل قد يتابعون التعليمات المصحوبة بالإشارة ، أمّا من كانت إصابتهم طفيفة فقد يكون لديهم صعوبة في الاختصارات واللغة الدقيقة ، كما أنهم لا يستطيعون فهم تعبيرات المزاح والسخرية.

٤. الصمت الاختياري

هي حالة نادرة جداً ، حيث يكون الطفل التوحدي كالأصم الأبكم ، فهو لا يعير الآخرين والأصوات أي أنتباه ،ولا ينطـق بأي كلمـة في أي وقت ، قياس السمع لديه طبيعي ، ولكنه لا يرغب في التواصل مع الآخرين .

٥. الفرق بين التوحد والحبسة (الأفيزيا)

الحبسة (الأفيزيا) هي فقد المقدرة على الكلام نتيجة لأسباب متعددة ، أهمها إصابة الدماغ بالأذى، حيث يكون هناك عدم المقدرة على إرسال أو استقبال كلمات أو جمل ذات معنى، مما يؤدي إلى مشاكل اجتماعية ، ولكن هؤلاء الأطفال يكون لديهم الرغبة في التواصل مع الآخرين ، حيث يكون هناك تواصل غير لغوي) بالإشارة مثلاً)، كما أنهم يحبون اللعب مع أقرانهم ، وعند قيامهم باللعب فأنهم يستخدمون مخيلتهم، كما يقومون باللعب بأصوله وقوانينه. أما الطفل المتوحد ، فلديه عـدم المقـدرة اللغوية ، كما عدم الرغبة في التواصل أو اللعب مع أقرانه .

ثالثاً: ضعف التفاعل الاجتماعي

١. نقص السلوكيات الاجتماعية:

عدم القدرة على التفاعل الاجتماعي يعتبر من أهم الخصائص السلوكية كمؤشر على الإصابة بالتوحد، وتلك الخصائص يمكن ملاحظتها في جميع المراحل العمرية، فبعض الرضع والأطفال المصابين بالتوحد ، حيث يميل إلى تجنب التلاحم البصري ،

كما يظهر القليل من الاهتمام بالصوت البشري ،وعادة لا يرفعون أيديهم لوالديهم من أجل حملهم كما يفعل أقرانهم ، يظهرون غير مبالين وبدون عاطفة، وقليلاً ما يظهرون أي تعبيرات على الوجه، ونتيجة لذلك يعتقد الوالدين أن طفلهم أصم، والأطفال الذين لديهم القليل من نقص التفاعل الاجتماعي قد لا تكون حالتهم واضحة حتى سن الثانية أو الثالثة من العمر.

وفي مراحل الطفولة المبكرة قد يستمر الأطفال التوحديون في تجنب التلاحم البصري ، ولكن يستمتع بالمداعبة أو يتقبل الاحتكاك الجسمي بسلبية ، لا ينمو لديهم سلوك المودة والترابط ، كما أنهم لا يتبعون والديهم في المنزل ، ولا يحسون بالانفصال عند ابتعاد والديهم عنهم، كما أنهم لا يخافون من الغرباء . الكثير منهم لا يبدون إهتماماً بأقرانهم أو اللعب معهم وقد ينعزلون عنهم.

وفي مرحلة الطفولة الوسطى : تظهر لديهم المودة والاهتمام بالوالدين وبقية أفراد العائلة ، مع استمرار المشاكل الاجتماعية ، مثل مشاكل اللعب الجماعي وبناء الصداقات مع أقرانهم ، إلا أن للبعض من ذوي الإصابات الخفيفة قد ينجحون في اللعب الجماعي.

ومع تقدم هؤلاء الأطفال في العمر يصبحون عاطفيين ودودين مع والديهم وإخوانهم، ولكن مازال لديهم صعوبة في فهم تعقيدات العلاقات الاجتماعية ، والذين إصابتهم خفيفة قد يرغبون في بناء صداقات ولكن مع ضعف التفاعل باهتمامات الآخرين ، مع عدم فهم السخرية والمزاح مما يؤثر على صداقاتهم.

٢. ضعف التواصل غير اللفظي :

ففي الطفولة المبكرة ، قد يشيرون للآخرين أو يجذبونهم باليد إلى الأشياء التي يرغبونها بدون أي تعبيرات على الوجه ، وقد يحركون رؤوسهم أو أيديهم عند الحديث، وعادة لا يشاركون في الألعاب التي تحتاج إلى تقليد ومحاكاة، كما أنهم لا يقلدون ما يعمله والديهم كأقرانهم.

وفي المرحلة الوسطى والمتأخرة : لا يستخدم هؤلاء الأطفال عادة الإشارة حتى عندما يفهمون إشارة الآخرين ، البعض منهم قد يستخدم الإشارة ولكن عادة ما تكون متكررة.

وهؤلاء الأطفال عادة ما يظهرون المتعة والخوف كما الغضب ، ولكن قد لا يظهرون سوى طرفي الانفعالات، كما أنهم لا يظهرون التعبيرات الانفعالية على الوجه التي تظهر الانفعالات الدقيقة.

٣. اضطراب التواصل البصري:

الاعتقاد السائد أن هؤلاء الأطفال يتحاشون التواصل البصري مع الآخرين، ولكن لوحظ أنهم لا يطيلون التركيز على أي شيء وليس على الآخرين، وفي الحقيقة فإنهم لا يستطيعون فك رموز التعبيرات على الوجه أو الإشارات.

ثالثاً : السلوك النمطي المقيد

١ـ الرتابة ومقاومة تغيير البيئة

الكثير من الأطفال المصابين بالتوحد يتضايقون من تغيير البيئة المحيطة بهم حتى أدنى تغيير ، ويرفضون تغيير رتابة اللعب ، هذا الرفض قد يؤدي إلى الثورة والغضب ، كما أنهم يرتبون ألعابهم وأدواتهم في وضع معيّن ويضطربون عند تغييره ، هذا بالإضافة إلى أنهم يقاومون تعلم أي نشاط أو مهارة جديدة.

ويظهر الطفل إهتماماً بشيء معين ، كعلبة فارغة مثلاً ، موجودة في مكان معين وبوضع معين ، قد ينضر إليها أو يكلمها أو يلعب بها بطريقة معينة وبشكل متكرر ممل، وعند تغيير وضعها أو اختفائها فإن الطفل الهادئ قد يتحول إلى شعلة من الغضب والصراخ ، وقد ينتهي الوضع بإعادة العلبة إلى وضعها مرة أخرى.

وبعض الآباء يلاحظون أن طفلهم التوحدي يتعود على كوب وصحن معين ، ويرفض تغييره ، بل أنه ينفعل عند عدم وجوده ، كما أن بعض الأطفال يظهر عليهم الغضب عند تغيير حافلة المدرسة مسارها لظروف طارئة ، وهكذا فإن الرتابة في جميع السلوكيات اليومية هي السمة البارزة في الطفل التوحدي.

وبعض الأطفال يظهرون إرتباطاً شديداً مع بعض الأشياء غير العادية ، ويرغبون بالاحتكاك به طوال الوقت كقطعة سلك أو ورقة شجر ، ويقاوم إبعاده عنه.

بعض الأطفال الأسوياء يظهرون عاطفة وارتباط تجاه بعض الألعاب والأشياء (لعبة ، عروس ، سيارة) ، ولكن الأطفال التوحديون يرتبطون ببعض الأشياء ذات الدلالات الرمزية (اللعبة التي تشبه الإنسان، البطانية للدفء) ، كما أن هذا الإرتباط يختلف في شدته ونوعيته ووقت حدوثه عن الأطفال العاديين.

٢. السلوكيات والطقوس التي لا تقاوم:

الحرص على القيام ببعض النشاطات على وتيرة واحدة مكررة وبطريقة صارمة، مثال ذلك الحرص على أكل نوع معين من الغذاء دائماً ، القيام بحركات نمطية مكررة كرفرفة اليدين ، أو حركات مميزة للأصابع) الالتواء ، الرفرفة) ، وبعض الأطفال يشغلون الكثير من الوقت في تذكر حالة الطقس أو تاريخ ميلاد أفراد العائلة.

٣. الحركات الجسمية المكررة

من الأشياء الملاحظة والغريبة قيام أطفال التوحد بعمل حركات متكررة وبشكل متواصل بدون غرض أو هدف معين ، وقد تستمر هذه الحركات طوال فترة اليقظة، وعادة ما تختفي مع النوم ، مما يؤثر على اكتساب المهارات ، كما يقلل من فرص التواصل مع الآخرين ، ومن أمثلتها : اهتزاز الجسم ، رفرفة اليدين، فرك اليدين ، تموج الأصابع ، وغيرها.

٤. الاضطرابات الحركية:

قد يكون هناك تأخر في علامات النمو الحركي الطبيعية ، وقد يكون هناك صعوبة في بدء بعض المهارات ، وأطفال التوحد عادة ما يكونون كثيري الحركة ، وتقل هذه الحركة مع التقدم في العمر ، وقد يكون لديهم حركات مميزة متكررة (مثل لوي قسمات الوجه، رفرفة اليدين والأصابع ، التواء اليدين ، المشي على أطراف الأصابع ، الوثب، القفز ، اهتزاز الجسم ، التفاف الرأس ، ضرب الرأس (، في بعض الحالات فإن بعض السلوكيات تظهر ، ولكن في البعض الآخر تكون تلك السلوكيات مستمرة.

٥ـ التعبيرات الانفعالية:

التعبيرات الانفعالية (الصمت التام ، الصراخ بدون سبب ، الضحك من غير سبب) لدى بعض أطفال التوحد تكون حادة وشديدة ،ولسبب غير معروف يمكن أن يصرخ أو يتشنج في وقت ، ويضحك بدون سبب في وقت آخر ، الخطر الحقيقي يكمن عند مواجهة الحركة المرورية أو الارتفاعات العالية التي قد لا تخيفه، وفي نفس الوقت قد يخاف من أشياء عادية كفرو الحيوان أو صوت جرس المنزل .

٦ـ الخوف وعدم الخوف:

أطفال التوحد يختلفون عن الأطفال العاديين في تقدير خطورة الأشياء والمواقف ، فقد لوحظ أنهم يخافون من أشياء عادية كصوت الجرس مثلاً ، وفي نفس الوقت نراهم يمشون في الشارع غير مبالين بأبواق السيارات .

٧ـ سلوكيات غير طبيعية :

بعض الأطفال يكون لديهم ارتباط غير طبيعي بشيء غريب كعلبة صغيرة أو حجر ، كما أن بعضهم يركز على جزء معين كالطعم أو اللون أو الرائحة.

٨ـ التفاعل غير الطبيعي للتجارب الحسية :

يظهر لدى الكثير من الأطفال تفاعل غير طبيعي للمثيرات الحسية Sensory stimuliبالزيادة والنقصان ، لذلك نعتقد بأنهم فاقدي السمع والنظر ، والبعض يبتعد عن أقل اللمسات وفي نفس الوقت يتمتع باللعب العنيف ، عدم الإحساس بالبرد أو الحر الشديد ، البعض يأكل كمية قليلة والآخر كأنه لا يشبع .

برامج تنمية التواصل اللفظي وغير اللفظي للتوحديين

تهدف مراكز رعاية الأطفال التوحديين الى تأمين برامج تربوية لمواجهة الاضطرابات السلوكية واضطرابات التواصل اللفظي وغير اللفظي لديهم ، وذلك من خلال توفير بيئة تعليمية متكاملة ومنظمة تمكن الأطفال التوحديين من الوصول الى أقصى طاقاتهم وتنمية مهارات التواصل اللغوي والمهارات الاجتماعية ، مع الأخذ في

الاعتبار مراعاة الفروق الفردية ودعم القدرات والمواهب الخاصة .. ومن هذه البرامج ما يلي :

١ـ برنامج تيتش

هو برنامج تربوي للأطفال التوحديين ومن يعانون من مشكلات التواصل ، وهذا البرنامج طوره إريك شوبلر Schobler (١٩٧٢) في جامعة نورث كارولينا . وكلمة تيتش (TEACCH) هي اختصار لاسم البرنامج Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children ، ويعتبر أول برنامج معتمد من قبل جمعية التوحد الأمريكية .

وهذا البرنامج له مميزات عديدة ، بالإضافة الى التدخل المبكر ، فهو يعتمد على نظام Structure Training أو التنظيم لبيئة الطفل سواء في المنزل أو المدرسة ، حيث أن هذه الطريقة قد أثبتت أنها تناسب الطفل التوحدى وتناسب عالمه . كما أن هذا البرنامج ينظر الى الأطفال التوحديين كل على حدة ، ويقوم بعمل برامج تعليمية خاصة لكل طفل على حدة حسب قدراته الاجتماعية والعقلية والعضلية واللغوية .

وبرنامج تيتش يدخل عالم الطفل التوحدى ويستغل نقاط القوة فيه مثل : اهتمامه بالتفاصيل الدقيقة وحبه للروتين ، ويناسب الأطفال من عمر ٣-١٨ سنة ، حيث أن تهيئة الطفل للمستقبل وتدريبه للاعتماد على نفسه ، وإيجاد وظيفة له ، وملء الفراغ ، وإحساسه بأن يقوم بعمل منتج مفيد قبل أن يكون وسيلة لكسب العيش. http://saudiautism.com/autism.htm

والبيئة التعليمية لبرنامج تيتش بيئة تعليمية منظمة تقوم على المعينات والدلائل البصرية لكي يتمكن الطالب من التكيف للبيئة والتخلص من السلوكيات السلبية – ومنها:

- التعلق بالروتين .
- القلق والتوتر في البيئات التعليمية العادية .
- صعوبة فهم بداية ونهاية الأنشطة وتسلسل الأحداث اليومية بشكل عام .

- صعوبة الانتقال من نشاط الى آخر .
- صعوبة فهم الأماكن والمساحات في الصف .
- تفضيل التعلم من خلال الإدراك البصري عوضاً عن اللغة اللفظية .

ومن ثم : فإن برنامج تيتش يقوم بتنظيم البيئة التعليمية التى تسمح : بتكوين روتين محدد ، وتنظيم المساحات ، وإتباع الجداول اليومية ، والتعليم البصري .. ويرتكز منهج تيتش التربوي على تعليم مهارات التواصل ، والمهارات الاجتماعية ، واللعب ، ومهارات الاعتماد على النفس ، والمهارات الإدراكية ، ومهارات التكيف في المجتمع، والمهارات الحركية ، والمهارات الأكاديمية .

٢. برنامج لوفاس

هو برنامج تربوي من برامج التدخل المبكر للأطفال التوحديين أعده المعالج النفسي إيفار لوفاس Ivar Lovaas بناء على نظريـــة تعديل "سلوك . ويعتبر أول مَن طبق تقنيات تعديل السلوك على الأطفال التوحديين . ويقوم هذا البرنامج على التدريب في التعليم المنظم والتعليم الفردي بناء على نقاط القوة والضعف للطفل وإشراك الأسرة في عملية التعليم .

ويستخدم هذا البرنامج مع الأطفال الذين يتم تشخيص حالاتهم بالتوحد ، ويعتبر العمر المثالي لابتداء البرنامج من سنتين ونصف الى خمس سنوات ، وتكون درجة ذكاؤهم أعلى من المتوسط ، ولا يقبل مَن هم أقل من ذلك ، وقد يُقبل بهذا البرنامج مَن هم في عمر ٦سنوات إذا كان لديه القدرة على الكلام .

ويتم تدريب الطفل في هذا البرنامج بشكلٍ فردى في حدود ٤٠ساعة أسبوعياً ، أي بمعدل ٨ ساعات يومياً ، حيث يبدأ الطفل من بداية الالتحاق بالتدريب لمدة ٢٠ ساعة تزداد تدريجياً خلال الشهور التالية حتى تصل الى ٤٠ ساعة أسبوعياً .

ومن طرق التعلم وأكثرها استخداما : التعزيز ، والتعلم من خلال المحاولات المنفصلة لزيادة السلوك المرغوب :

- وبالنسبة للتعزيز : فإن الطفل يحصل على شيء محبب بعد قيامه بما يطلب منه مباشرة وبالكمية المناسبة للاستجابة ، مما يشجع الطفل على الاستمرار في القيام بما يُطلب منه . ويتم تكثيف استخدام المعزز للحد من السلوك السلبي ، ولزيادة إمكانيات التعلم والتدريب للمهارات المختلفة .

- أما بالنسبة للتعليم من خلال المنفصلة :فإنه يتكون من ثلاثة عناصر أساسية : المثير ، والاستجابة ، وتوابع السلوك.

ومن خلال هذا الأسلوب يقوم المعلم بتعليم الطفل منهجاً يشتمل على أكثر من ٥٠٠ هدف لتدريب الطفل على المهارات السلوكية التى يتم ترتيبها من الأسهل الى الأصعب . حيث تعتبر المهمة المطلوبة من الطفل (مثير) ، وأداء المهمة (استجابة) ، وإعطاء الطفل شيء محبب له عندما تكون الاستجابة صحيحة (توابع السلوك) .

ومن أهم الركائز لتطبيق برنامج لوفاس هى القياس المستمر لمدى تقدم الطفل في كل مهارة ، وذلك من خلال التسجيل المستمر لمحاولات الطفل الناجحة والفاشلة .. واهم المجالات التى يركز عليها لوفاس :

- الانتباه .
- التقليد .
- اللغة الاستقبالية .
- اللغة التعبيرية .
- مهارات الاعتماد على النفس .
- المهارات قبل الأكاديمية .

- ومع تقدم الطفل وتطور مهاراته تزداد صعوبة الأهداف لكل مجال من المجالات السابقة، وتضاف اليها أهدافا للمجالات الاجتماعية ن والأكاديمية ، والإعداد لدخول المدرسة .

وتتراوح مدة الجلسة الواحدة في برنامج لوفاس مابين ٦٠-٩٠ دقيقة للأطفال المبتدئين تتخلل الجلسة استراحة لمدة دقيقة أو دقيقتين كل ١٠-١٥ دقيقة من التدريب، وحين تنتهي كل جلسة يتمتع الطفل باستراحة أو لمدة تتراوح بين ١٠-١٥ دقيقة ، يعود بعدها الى الى جلسة أخرى ... وهكذا حتى تنتهي عدد الساعات المحددة للطفل يومياً ، وقد تطول مدة الجلسات للأطفال غير المستجيبين في البرنامج الى ٤ ساعات تتخللها فترات

استراحة مدته ١-٥ دقائق ، وتنتهي باستراحة مدتها ١٥ دقيقة(الجمعية السعودية للتوحد : ١٤٢٦هـ) . http://saudiautism.com/autism.htm

٣. **العلاج بالتكامل الحسي**

التكامل الحسي Sensory integration هو عملية تنظيم الجهاز العصبي للمعلومات الحسية لاستخدامها وظيفيا ، وهو ما يعنى العملية الطبيعية التى تجرى في الدماغ والتي تسمح للناس باستخدام البصر والسمع واللمس والتذوق والشم والحركة مجتمعة للفهم والتفاعل مع العالم من حولهم .

وفى ضوء تقييم الطفل يستطيع المعالج الوظيفي استخدام العلاج الحسي بقيادة وتوجيه الطفل من خلال أنشطة معينة لاختبار قدرته على التفاعل مع المؤثرات الحسية . وهذا النوع من العلاج موجه مباشرة لتحسين قدرة المؤثرات الحسية والعمل معاً ليكون رد الفعل مناسباً .

ومن فنيات التكامل الحسي : استخدم العلاج بالتكامل السمعي Auditory integration ، وذلك عن طريق الاختيار العشوائي لموسيقى ذات ترددات عالية ومنخفضة ، واستعمالها للطفل باستخدام سماعات الأذن ، ومن ثم التعرف على تجاوب الطفل معها . وقد لوحظ من بعض الدراسات أن هذه الطريقة قد أدت الى انخفاض الحساسية للصوت لدى بعض الأطفال وزيادة قدرتهم على الكلام ، وزيادة تفاعلهم مع أقرانهم ، وتحسن سلوكهم الإجتماعى. http://www.gulfkids.com/ ar/index.php

٤. **تسهيل التواصل**

وهذه الفنية العلاجية تستهدف تشجيع الأطفال التوحديين الذين لديهم اضطراب في التواصل على إظهار أنفسهم بمساعدتهم جسديا وتدريبيا ، حيث يقوم المدرب " المسهل " بمساعدة الطفل على نطق الكلمات من خلال استخدام السبورة أو الآلة الكاتبة أو الكمبيوتر ، أو أي طريقة أخرى لطرح الكلمات . والتسهيل قد يحتوى على وضع اليد فوق اليد للمساعدة ، الربت على الكتف للتشجيع . فالشخص المصاب باضطرابات معينة قد يبدأ الحركة ، والمساعدين يقدمون السند والمساعدة الجسمية له ، وهذا العلاج ينجح عادة مع الأطفال الذين عندهم مقدرة القراءة ولكن لديهم صعوبات في مهارات التعبير اللغوي .

٥. تنظيم البيئة

يقصد بتنظيم البيئة تنظيم الوقت للأنشطة المختلفة ، وتستعمل جداول خاصة لذلك، وتصمم حسب قدرات الطفل . فهناك جداول نظرية على مستوى الأشياء وذلك يكون بتعليق الأشياء والمجسمات على الجدول مثل : تعليق البامبرز لوقت الحمام ، تعليق طبق صغير من البلاستيك لوقت الأكل ...وهكذا . أيضاً هناك جداول على مستوى الصور الفوتوغرافية ، وكذلك الرموز ومستوى الكلمات .... واختيار أي مستوى من هذه الجداول يعتمد على قدرات الطفل الإدراكية . وهناك إمكانية التدرج من مستوى الى آخر . كذلك : فإن تنظيم مكان العمل للطفل من الأمور المهمة سواء كان في البيت أو المركز الذي يدرس فيه . ومن المهم جداً استعمال الفواصل كي يمنع تشتت التركيز والانتباه .

http:// members.aol.com/Room5/schedule.htm

٦. العلاج باللعب

تعتبر الألعاب وسائل ترفيهية ، ولكنها بالنسبة للتوحديين ترفيهية تعليمية علاجية ، وذلك لضرورة الاستعانة بها في بناء شخصياتهم وتهذيب أو تقويم سلوكياتهم غير الطبيعية . ونظراً لأن بعضهم يعاني من الإعاقات الجسمية ؛ وبعضهم يعاني من القصور في القدرات الحركية ، أو قصور العلاقات الإدراكية ، وصعوبة في السيطرة على أبعاد اللعبة ومدى حساسيتهم للموجات الصوتية، سواء من اللعبة أو من أصوات المشاركين معهم في اللعب نتيجة خلل في الجهاز العصبي المركزي وعدم انتظام حركة الأعصاب لديهم ، والبعض الآخر من الأطفال التوحديين يحب أن يلعب لعبة خاصة دون أن نعلم سبباً واضحاً يُفسر علاقته بها وحبه لها .

ويستطيع الطفل التوحدي أن يلعب بجميع أنواع اللعب ، ولكن بشرط أن تكون قدراته وإمكاناته مهيأة لها حسب درجة الإعاقة ونوع الاضطراب ، وحسب النضج الجسمي والمعرفي ، لأنه في حكم سياق السيطرة الوظيفية التي تقع تحت التحكم الرئيسي لمراكز المخ والتي على ضوئها تعمل الوظائف العليا للإنسان : كالتفكير ، والانتباه ، والذاكرة ، والإحساس ، والحركة – لكن هذه الوظائف لدى التوحديين مضطربة ، وأن هذا الاضطراب الوظيفي سيؤثر على مجمل سلوكياته ، إذ أن الخلل يكمن في الجهاز العصبي المركزي ، والذي يكون هو المشرف على كافة الحركات والأفعال : فنجد مثلاً أطفالاً

توحديين يستطيعون اللعب بلعبة معينة بمهارة عالية ؛ في حين نجد آخرين يخافون حتى من السير فوق شيء متحرك ، وبعض التوحديين يستطيعون اللعب بالأدوات الصوتية ؛ وآخرين يبتعدون ويصرخون وتصاحبهم أعراض مختلفة أثناء هذه الألعاب .

وتعاني طائفة أخرى من الأطفال التوحديين من مشكلة التفكير والتخيل والبعد عن الواقع ، وبالتالي يبدو عليهم أنهم مرفوضون غريبون في حركاتهم ولعبهم وطريقة مشيتهم وتوازنهم ، كما أن لهم نوعاً من التدرج في التخيل من البسيط الى الصعب .

إن تعديل سلوك الأطفال التوحديون عن طريق اللعب يجب أن يسير وفق مبادئ صحيحة ضمن إطار فهم شخصية التوحدي ، وحسب خطوات متدرجة ، واختيار السلوك المستهدف : أي السلوك الذي نرغب في تصحيحه فيصمم له خطة علاجية بناء على هذا السلوك، ومن ثم قياسه؛ وتحديد المتغيرات؛ وبعدها البدء في تنفيذ الخطة – وهذا كله لا يأتي من فراغ ، فلا يمكن البدء بالعلاج والسير نحو تحقيقه بشكل فعال إلا بعد تصميم الخطة المناسبة لكل حالة على انفراد ؛ يتبع هذا العمل بتحليل لنتائج أعمال العلاج باللعب عند الأطفال (http://your-doctor.netautism/introduction.htm.)

المراجع

أسامه سعد أبو سريع (١٩٨٣): الصداقة من منظور علم النفس. عالم المعرفة، (١٧٩)، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

إيهاب البيلاوي (٢٠٠٣): اضطرابات النطق، دليل أخصائي التخاطب والمعلمين والوالدين، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

إيهاب البيلاوي (٢٠٠٦): مقياس كفاءة النطق المصور. الرياض: دار الزهراء.

إيهاب عبد العزيز البيلاوي (٢٠٠٥). اضطرابات التواصل. الرياض: دار الزهراء.

بشير الرشيدي وآخرون (٢٠٠٠). تشخيص الاضطرابات النفسية. المجلد الأول. الكويت: مكتب الإنماء الاجتماعي.

جمعه يوسف (١٩٩٠): سيكولوجية اللغة والمرض العقلي. سلسلة عالم المعرفة (١٤٥)، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

حسن مصطفى عبد المعطي (٢٠٠٣): الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة. الأسباب، التشخيص، العلاج. القاهرة: دار القاهرة.

حسناء الحمزاوي (١٩٨٤): اللغة والإعاقة الذهنية: التجربة التونسية في تنشيط اللغة عند مجموعة من المعوقين ذهنيا من الدرجة المتوسطة، تونس: المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم.

راضي الوقفي (٢٠٠٣): صعوبات التعلم. عمان، كلية الأميرة ثروت.

زكريا الشربيني (١٩٩٤): المشكلات النفسية عند الأطفال. القاهرة: دار الفكر العربي.

زيدان السرطاوي وآخرون (٢٠٠١): مدخل إلى صعوبات التعلم. الكويت، دار القلم.

زينب محمود شقير (٢٠٠٢): اضطرابات اللغة والتواصل. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

سامي عبد القوي (١٩٩٥): علم النفس الفسيولوجي. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

سهير محمد سلامة شاش (١٩٩٨): أثر اللعب الجماعي الموجه في تحسين الأداء اللغوي لدى الأطفال المتخلفين عقلياً. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

سهير محمد سلامه شاش (٢٠٠١): اللعب وتنمية اللغة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

سهير محمد سلامه شاش (٢٠٠٣): التربية الخاصة للمعاقين عقلياً بين العزل والدمج. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

سهير محمد سلامه شاش (٢٠٠٦): علم نفس اللغة. القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.

عبد الستار إبراهيم، عبد العزيز الدخيل، رضوى إبراهيم (١٩٩٣): العلاج السلوكي للطفل – أساليبه ونماذج من حالاته. عالم المعرفة (١٨٥)، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

عبد العزيز السيد الشخص (١٩٩٧): اضطرابات النطق والكلام – خلفيتها، تشخيصها، أنواعها، علاجها، الرياض: الصفحات الذهبية.

فاروق الروسان، جلال محمد جرار (١٩٨٧): دليل مقياس المهارات اللغوية للمعوقين عقلياً، عمان: منشورات الجامعة الأردنية.

فاروق محمد صادق (١٩٧٨): سيكولوجية التخلف العقلي، الرياض، مطبوعات جامعة الرياض.

فيصل محمد خير الزراد (١٩٩٠): اللغة واضطرابات النطق والكلام. الرياض: دار المريخ.

كريستين مايلز (١٩٨٨): اللغة، التواصل، الكلام مع الطفل ذي القدرات المحدودة. ترجمة: أديب مينا ميخائيل، القاهرة: كريتاس مصر، مركز سيتي للتدريب والدراسات في الإعاقة العقلية.

كريستين مايلز (١٩٩٢): الطفل المعاق عقلياً وأسلوب التعامل معه، ترجمة: ليلى أبو شعر، مراجعة: حسين صلاح الدين، دمشق: منشورات جمعية المحبة.

كمال محمد دسوقي (١٩٩٠): ذخيرة علوم النفس. المجلد الثاني، القاهرة: الدار الدولية للطباعة والنشر.

كيرك، كالفانت (١٩٨٨): صعوبات التعلم النمائية والأكاديمية. الرياض: مكتبة الصفحات الذهبية.

لمياء جميل عبد الله (٢٠٠٢): فعالية العلاج السلوكي لبعض اضطرابات النطق. وأثره على مستوى العلاقات الاجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقليا. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

لويس كامل مليكة (١٩٩٠): العلاج السلوكي وتعديل السلوك، الكويت: دار القلم.

لويس كامل مليكة (١٩٩٨): تعديل سلوك المعاق عقلياً: دليل الوالدين والمعلم، القاهرة: مطبعة فيكتور كيرلس.

ليلى أحمد كريم الدين (١٩٩٥): نموذج لبرنامج التنمية العقلية واللغوية للأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعليم بمدارس التربية الفكرية، القاهرة: المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة، أكتوبر ١٩٩٥.

محمد محروس الشناوي (١٩٩٦): العملية الإرشادية والعلاجية. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨): العلاج السلوكي الحديث: أسسه وتطبيقاته، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

مصطفى فهمي (١٩٧٥): أمراض الكلام، ط ٤، القاهرة: مكتبة مصر.

مصطفى فهمي (د. ت): أمراض الكلام. القاهرة: مكتبة مصر.

منظمة الصحة العالمية: الاضطرابات العقلية: شرح المصطلحات ودليل تصنيفها وفقاً للمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، (الطبعة العربية)، الإسكندرية: المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط.

مواهب إبراهيم عياد، نعمة مصطفى رقبان (١٩٩٥): دراسة تقييمية لمستوى الأداء المهاري لعينة من الأطفال المعاقين عقلياً (القابلين للتعلم) في برنامج تدريبي على مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي، المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي، القاهرة: ٢٥ – ٢٧ دفيسمبر، ٣٣ – ٥٨.

نـادر فهمـي الـزيود (١٩٩٥): تعلـيم الأطفـال المتخلفيـن عقلـيا، ط٣، عمـان: دار الفكـر للطباعة والنشر والتوزيع.

Abbeduto, L.; Furman L. & Davies, B. (1989): Relation between the receptive language and mental age of fersons with mental retardation. American Journal on Mental Retardation, 93(5), 535-543.

Abbeduto, L. & Shart, K. (1994): Relation between language comprehension and cognitive functioning in persons with mental retardation. Journal of Development and Physical Disabilities. 6(4), 347-369.

Abbeduto; L., Benson; G., Short; K. & Dolish, J. (1995): Effects of sampling context on the expressive language of children and adolescents with mental retardation. Mental Retardation, 33(5), 279-288.

Alexander, K.C., Leung, M.B.B.S & Pion-Kao, C. (1999): Evaluation and management of the child with speech delay. American Family Physician, Vol.59, No.11.

American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4th ed.). Washington: DC, American Psychiatric Press.

Andrews, M.L. (1995). Manual of voice treatment: Pediatrics through geriatrics. San Diego: Singular Publishing.

Bellack, A.S. & Hersen (1979): Research and Practice in social skills. New York: Penum.

Black, B. & Uhde, T.W. (1999): Elective mutism as a variant of social Rhobia. J. of American Academy of Child Psychiatry, 31, 1090.

Boyle, B. (2000). Voice disorders in school children. Juppor for learning, Vol.15, No.2, 71-75.

Ciabarra, A.M., Elkind, M.S., Roberts, J.K. & Marshall, R.S (2000): Subcortical-infarction resulting in aquired stuttering. J. of Neurosurgery Psychiatry, 59, 546-549.

Combs, M.L. & Slaby, D.A. (1977): Social skills training with children. (In) B.B. Lahey & A.E. Kazdin (Eds). Advances in child Clinical Psychology, Vol.1, New York: Penum.

Coplan J. (1995): Evaluation of the child with delayed speech or language. Pediatr. Ann. 14, 203-208.

Cornut, G. & Troillet-Cornut, A. (1995). Childhood dysponia: Clkinical and therapeutic considerations. Voice, 4, 70-76.

Davis, C.N. & Harris, T.B. (1992). Teachers' ability to accurately identify disordered voices. Zanguage, Speech & Hearing Services in Schools, 23, 136-140.

Felsenfeld, S., Kirk, K.M., Zhu, G., Statham, D.J. & Neale, MC. (2000): A study of genetic and environmental etiology of stuttering in a selected samble. Behavior Genetic J. 30, 359-366.

Fischel, J.E., Whitehurst, G.J., Caulfield, M.B. & DeBaryshe, B. (1998): Language grath in children with expressive language delay. Pediatrics. 82, 2, 218-227.

Fitzigerald, H.E., Strommen, E.A. & Makinney, J.P. (1979): Development of articulatory competence in mentally retarded children. Journal of Perceptual and Motor Skills, 48, 1175-1182.

Fox, P.T., Ingham, R.J., Ingham, J.C, Hirsch, T.B., & Downs, J.H. (1996): A PET study of the neural system of stuttering. Nature, 382, 158-161.

Graham, F. (1986): Conceptual issues in the assessment of social competence in children. (in) Phillips S. Strain, Michael J. Gurainick & Hill M. Warker (Eds.). Children's Social Behavior, New York: Academic Press, INC.

Graham, J.T. & Graham, L.W. (1996): Auditory perceptual ability related to language acquisition in mental retarded children. Inter. Report., 5, 11, 122-133.

Hallahan, D.P. & Kauffman, M. (1978): Exceptional children; Introduction to special education. New York: Prentice Hall.

Hunt, S. & Marshall, K. (1994): Exceptional Children and Youth: An introduction, to special education. Boston: Houginton Mifflin.

Kahn, James, V. (1996): Cognitive skills and sign language knowledge of children with sever and profound mental retardation. Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, 31(2), 162-168.

Kandall, P.C. & Hammen C. (1995): Abnormal Psychology. New York: Houghton Miffilin Co.

Kaplan, H.I. & Sadock, B.I. (1999): Symposis of Psychiatry, Behavioral Sciences-Clinical Psychiatry. Athed. Cairo: Mass Publishing Co.

Kendall, P.C. & Braswell, L. (1982): Assessment for cognitive behavioral interventions in the school. School Psychology Review, 11, 12-13.

Klin, A. & Volkmar, F.R. (1993): Elective mutism and mental retardation. J. of Child and Adolescent Psychiatry, 32, 860.

Mathieson, L. (1995). Some standards and outcomes for a combined ENT/speech therapy voice clinic-A preliminary audit survey. Caring to Communicate: Proceedings of golden Jubilee Conference- Royal College of Speech & Language Therapists, 171-176.

Mc Rae, K.M. & Vickar, E. (1991): Simple developmental speech delay, a follow-up study. Developmental Medical child Neurology, 33, 868-74.

Michelson, L. & Mannarino, A. (1986): Social skills training with children: Research and clinical application. (in) Philips S. Strai, Michael J. Gurainick & Hill M. Walker (Eds.). Children's social Behavior: New York: Academic Press, INC.

Milutinovic, Z. (1994). Social environment and incidence of voice disturbances in children. Folia Phoniatrics Logopedics, 46, 135-138.

Natke, U., Grosser, J., Sandrieser, P. & Kaiveram, K.T. (2002): The duration component of the stress effect in stuttering. J. of Fluency Disorders, 27, 305-318.

Neumann, K., Euler, H.A., Gudenberg, A.W., Giraud, A.I. & Lanfermann, H. (2003): The nature and treatment of stuttering as revealed by (MRI.A within and between group comparison). Fluency Disorders, 28, 381-410.

Sommer, M., Wischer, S., Tergan, F. & Paulus, W. (2003): Normal intracortical excitability in developmental stuttering. Mov. Disorders, 18, 826-830.

Titze, I.R. (1994). Mechanical stress in Phonation. Journal of Voice, 8, 99-195.

Urbain, E.S. & Kendall, P.C. (1980): Review of social cognitive problem solving intervention with children. Psychological Bulletin, 88, 109-143.

Verdolinini-Marston, K., Sandage, M. & Titze, I.R. (1994). Efficacy of vocal hydration on laryngeal nodules and polyps and related voice measures, Journal of Voice, 8, 3, 47.

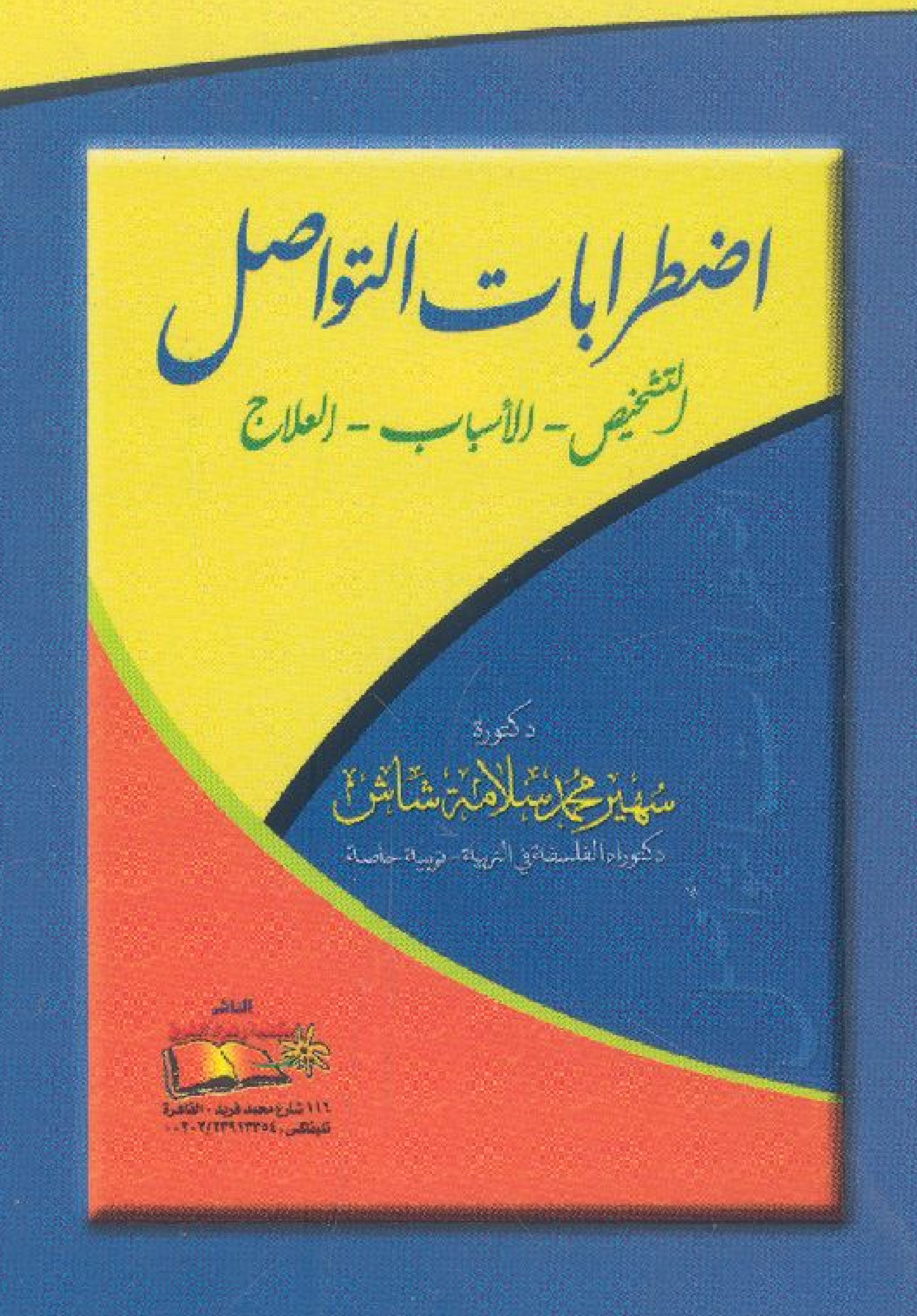
Weiller, C., Isensee, C., Rijnties, M., Huber, W. & Muller, S. (1995): Recovery from Werniere's aphasia: A positron-emission tomographic study. Ann Neurology, 37, 723-732.

Wright, J.A. & Graham, J. (1997). Where and when do speech and language therapists work with teachers'. British Journal of Special Education, 24, 171-174.

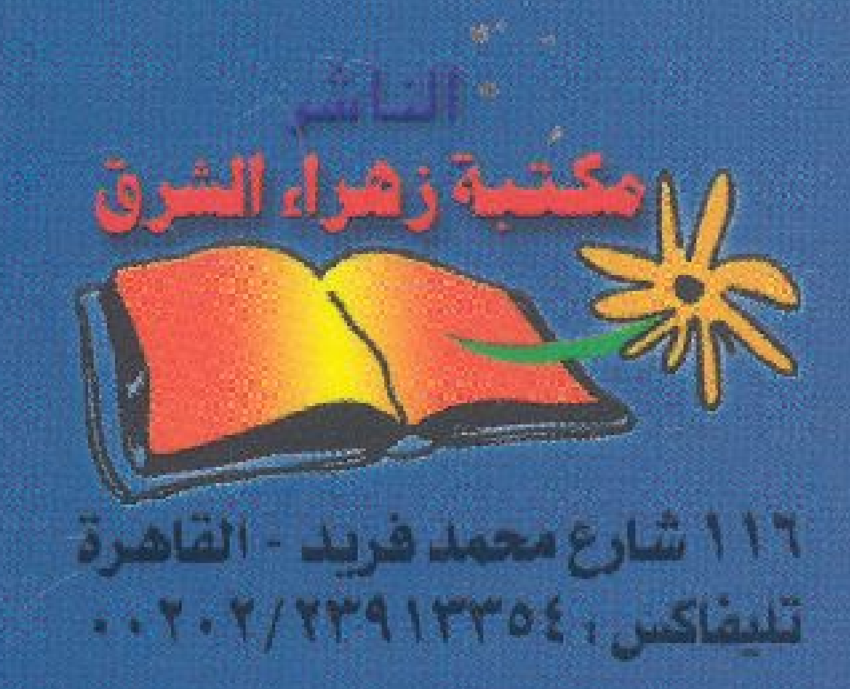
Wu, J.C., Meguire, G., Riley, G., Fallon, J. & La Casse, I. (1995): A position emission tomography (18F) deoxyglucose study of developmental stuttering. Neuroreport, 6, 501-505.

مطبعة العمرانية للأوفست
الجيزة : المنيب ٣٣٧٥٦٢٩٩

ف: 350 ت:31/8/2009







١١٦ شارع محمد فريد - القاهرة
تليفاكس : ٠٠٢٠٢/٢٣٩١٣٣٥٤